


TESIS DOCTORAL

AÑO 2019

The background features a large, faint watermark of the UNED logo, which is a circular emblem with a central cross and the letters 'UNED' in the center. The emblem is surrounded by Latin text: 'UNIVERSITAS' at the top, 'COMNIBVS' on the left, 'SOCIORVM' on the right, and 'MADRIDENSIS' at the bottom.

**VALORES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA
PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS DE LA
COMUNIDAD DE MADRID**

FRANCISCO JAVIER MAZUECOS GOMEZ

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN EDUCACIÓN.
DEPARTAMENTO DE TEORÍA DE LA EDUCACIÓN Y
PEDAGOGÍA SOCIAL**

DIRECTORES:

DR. ÁNGEL DE-JUANAS OLIVA

DRA. ANA EVA RODRIGUEZ BRAVO



Escuela
Internacional
de Doctorado
EIDUNED

Departamento Teoría de la Educación
y Pedagogía Social

FACULTAD DE EDUCACIÓN

Programa Doctorado en Educación. Línea de investigación Diversidad, intervención y
sostenibilidad en contextos educativos

VALORES SOCIALES Y CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

FRANCISCO JAVIER MAZUECOS GÓMEZ

2019

DIRECTORES:

DR. ANGEL DE JUANAS OLIVA

DRA. ANA EVA RODRIGUEZ BRAVO



Escuela
Internacional
de Doctorado
EIDUNED

**“Recuerda conservar la mente serena
en los momentos difíciles”**

Quinto Horacio Flaco

(Odas, 2, 3)

Agradecimientos

Finalizar una tesis doctoral, está lleno de dificultades que se han de ir solventando a lo largo del tiempo, con la finalidad de conseguir el objetivo planteado: la *presentación de informe definitivo de la investigación*. En este periodo es inevitable que a uno le asalte la inquietud y una serie de sentimientos anómalos ante tantos acontecimientos acaecidos en este largo periplo, transformándolo en alicientes para continuar hacia adelante en el cometido emprendido.

De inicio quiero expresar mi gratitud, por tener un espacio en el cual poder exponer con libertad el placer de haber llegado al inicio de una nueva etapa en mi ciclo vital, no sin más continuar expresando:

Mis agradecimientos a mis directores de tesis, Dr. Ángel de Juanas Oliva, por ser mi guía en conocimientos y sabiduría, en el que la orientación y la disposición han sido valores más que deseados y para tener en cuenta; y a la Dra. Ana Eva Rodríguez Bravo, por su gran paciencia, humanidad y fortaleza por saber motivarme para seguir salvando los escollos del camino. Ellos han sido el motor que me han movido para conseguir el fin deseado, abriéndome las puertas de la realidad, así como enseñándome a tener una improvisación ante las barreras existentes. Que la amistad forjada siga dando los frutos en trabajos futuros.

Asimismo, agradecimiento a la Facultad de Educación de la UNED, que de manera colateral han estado en todo momento proporcionando calidad e información ante las dudas surgidas.

También, mis más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que a lo largo de mi vida personal, profesional y de estudiante, me han estimulado y motivado para continuar recorriendo caminos hasta conseguir llegar a las metas planteadas, siendo la superación constante y la entrega personal los valores que me han ido fortaleciendo con el paso de los años, y con especial cariño a Monserrat Solís y Javier Páez, que aparecieron en el momento y en el lugar preciso para ayudarme a salvar escollos encontrados en el camino. Gracias por estar ahí, así como ayudar a que surgiera una sólida amistad.

Mi gratitud también, a todas las profesionales de enfermería que han tenido a bien participar de forma desinteresada en esta investigación, con sus aportaciones se ha conseguido hacer visible el trabajo de investigación de la presente tesis.

A mis compañeras y compañeros, en el espacio laboral. Han colaborado y motivado a que siguiera adelante en la campaña emprendida, han sabido entender las situaciones de alto nivel de estrés, siendo un refuerzo constante para mí. Gracias.

A mis amigas y amigos, los cuales han tenido a bien entender que debía de desconectar de ellos durante un plazo prudencial para priorizar mi tarea investigadora. A ellos que han sabido entender mis principios, mis inquietudes y que son germen de mis propios valores. Gracias.

A mi padre, madre y hermanos, que aún en la distancia la latencia de sus enseñanzas y esfuerzos me han proporcionado la autonomía suficiente para realizar caminos en los cuales las caídas y levantadas han sido constantes. Gracias.

A Maribel, como compañera de viaje, la cual ha tenido a bien ayudarme a forjar mis propios valores y sopesar mis necesidades para encarar una buena calidad de vida. Gracias por estar a mi lado en todo momento.

A mis hijas Carlota y Berta, que han tenido a bien proporcionarme tiempo para seguir mi camino, acompañándome en todo momento, siendo la motivación diaria y constante, haciendo que el fruto de esta mi tesis llegado su momento se hiciera realidad. Asimismo, a Coco mi guía y alegría, que me acompañó de manera constante, hasta su partida.

Gracias a todos por el regalo de tiempo y entendimiento que me habéis proporcionado, así como, el apoyo incondicional recibido en todo momento.

Índice

Introducción	1
Capítulo I. Los valores sociales	9
1.1 Presentación	11
1.2. Aproximación Conceptual	12
1.2.1. Características de los valores	14
1.3. Antecedentes y evolución del constructo valor	15
1.4. Enfoques teóricos de los valores sociales	19
1.4.1. El enfoque filosófico y la axiología	20
1.4.2. Los valores desde una perspectiva psicológica	21
1.4.3. Los valores desde una perspectiva sociológica	23
1.4.4. Los valores desde una perspectiva educativa	25
1.4.5. Modelos teóricos globales contemporáneos	26
1.4.5.a. Teoría de los valores de Rokeack	26
1.4.5.b. Teoría de los valores de Shalom H. Schwartz	28
1.4.5.c. Nuevas aportaciones teóricas a los valores sociales	33
1.5. Clasificación de valores	35
1.5.1. Dimensiones e indicadores de los valores	38
1.5.2. Instrumentos de medición de los valores	41
1.6. Relevancia de los contextos en los valores	43
1.7. Síntesis	45
Capítulo II. La calidad de vida	49
2.1. Presentación	51
2.2. Aproximación al concepto calidad de vida	53
2.2.1. Características de la calidad de vida	57
2.3. Antecedentes y evolución de la calidad de vida	59

2.4. Enfoques y perspectivas teóricas	64
2.4.1. Modelos y enfoques teóricos actuales sobre calidad de vida	66
2.5. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida	70
2.5.1. Las dimensiones de la calidad de vida	70
2.5.2. Los indicadores de la calidad de vida	73
2.6. Instrumentos de medición de la CV y sus ámbitos de estudio	76
2.6.1. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos de salud	79
2.6.2. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos educativos	80
2.6.3. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos laborales	80
2.7. Síntesis	82

Capítulo III. Valores sociales y calidad de vida profesional en contextos sanitarios85

3.1. Presentación	87
3.2. Marco normativo en relación con la salud	88
3.2.1. Normativa de salud en la comunidad autónoma de Madrid	90
3.2.1.a. Derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud	91
3.2.1.b. Derechos y deberes de los profesionales sanitarios	92
3.3. Los contextos sociales	93
3.3.1. Contextos socioeducativos	94
3.3.2. Contextos sociolaborales	96
3.4. La institución	99
3.4.1. Las instituciones sanitarias	100
3.4.2. Recursos humanos: máximo exponente dentro de la institución	101
3.5. Componentes anejos a la profesión de enfermería en el siglo XXI	104
3.5.1. La organización de las profesionales de enfermería	106
3.5.2. La práctica como actividad de las profesionales de enfermería	107
3.5.3. La promoción profesional un estímulo al desarrollo profesional	108
3.5.4. Los valores sociales de las enfermeras en la sociedad actual	110
3.5.4.a. Los valores sociales y profesionales de las enfermeras en la práctica	113

3 5.4.b. Estudios empíricos de los valores sociales de las enfermeras del siglo XXI	114
3.5.5. La CVP de las enfermeras en la sociedad actual	116
3.5.5.a. La CVP percibida en las instituciones sanitarias actuales	117
3.5.5.b. La CVP de las enfermeras en la práctica profesional	118
3.5.5.c. Estudios empíricos de la CVP de las enfermeras del siglo XXI	119
3.5.6. Análisis actual de la relación de los valores sociales y CVP de las enfermeras: “preocupados por quienes nos cuidan”	121
3.5.6.a. Estudios empíricos de los valores y de la CVP de las enfermeras .	123
3.6. Síntesis	123
Capítulo IV. Método	127
4.1. Introducción	129
4.2. Presentación de la investigación	130
4.2.1. Objetivos e hipótesis	134
4.3. Diseño	137
4.4. Variables	137
4.5. Participantes	140
4.5.1. Sexo	142
4.5.2. Edad	143
4.5.3. Situación laboral	145
4.5.4. Formación continua realizada en los últimos años	146
4.5.5. Años de experiencia profesional	146
4.5.6. El perfil general de las participantes	147
4.6. Instrumentos	147
4.6.1. Cuestionario de evaluación del sistema de preferencias de valor (SVS)	148
4.6.1.a. Características generales del instrumento SVS	150
4.6.1.b. Fiabilidad del instrumento SVS	150
4.6.1.c. Validez del instrumento SVS	151
4.6.2. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)	154
4.6.2.a. Características generales del instrumento CVP-35	155

4.6.2.b. Fiabilidad del instrumento CVP-35	156
4.6.2.c. Validez del instrumento CVP-35	157
4.7. Procedimiento	159
4.8. Análisis estadísticos	161
Capítulo V. Resultados	163
5.1. Presentación	165
5.2. Análisis descriptivos (OE 1)	166
5.2.1. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de diversas variables sociodemográficas	166
5.2.1.1. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función del sexo	170
5.2.1.2. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de la edad	170
5.2.1.3. El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función de la situación laboral en la que se encuentren	171
5.2.1.4. El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada	172
5.2.1.5. El orden de preferencia en los valores de las enfermeras difiere en función de los años de experiencia profesional	174
5.2.2. Valoración de la CVP por parte de las enfermeras	175
5.2.2.1. La valoración de la CVP de las enfermeras en función del sexo es adecuada	179
5.2.2.2. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la edad es adecuada	180
5.2.2.3. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral en la que se encuentran es adecuada	181
5.2.2.4. La valoración de la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada es adecuada	182

5.2.2.5. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional es adecuada	183
5.3. Análisis de correlación (OE 2)	185
5.3.1. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de variables sociodemográficas	185
5.3.1.1. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del sexo	186
5.3.1.2. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de su edad	187
5.3.1.3. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de su situación laboral	189
5.3.1.4. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación continua realizada	191
5.3.1.5. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de sus años de experiencia profesional	192
5.4. Análisis inferencial (OE 3, OE 4, OE 5)	196
5.4.1. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de variables sociodemográficas (HP 4)	196
5.4.1.1. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del sexo (Shp 4.1)	196
5.4.1.2. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la edad (Shp 4.2)	198
5.4.1.3. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la situación laboral (Shp 4.3)	199
5.4.1.4. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada (Shp 4.4)	200
5.4.1.5. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la experiencia profesional (Shp 4.5)	202
5.4.2. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de variables sociodemográficas (Hp 5)	203

5.4.2.1. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del sexo (Shp 5.1)	203
5.4.2.2. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la edad (Shp 5.2)	205
5.4.2.3. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral (Shp 5.3)	206
5.4.2.4. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada (Shp 5.4)	207
5.4.2.5. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional (Shp 5.5)	209
5.5. Análisis de regresión lineal de los valores sociales y la CVP (OE 5)	210
5.5.1. Existe influencia entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras ...	211
Capítulo VI. Conclusiones	221
6.1. Introducción	223
6.2. Limitaciones	224
6.3. Discusión	226
6.3.1. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 1: Describir el sistema de valores sociales y la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el presente estudio	226
6.3.2. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 2. Analizar la relación entre el sistema de valores sociales y la CVP de las profesionales de enfermería de la CAM	236
6.3.3. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 3. Analizar las diferencias de las preferencias de valor de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas	240
6.3.4. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 4. Analizar las diferencias existentes en la CVP de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas	241

6.3.5. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 5. Analizar las diferencias existentes en el sistema de valores en relación con la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el estudio	242
6.3.6. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 6. Plantear líneas futuras de actuación que permitan a las instituciones sanitarias desarrollar y promover valores sociales, así como la mejora de la percepción de CVP	243
6.4. Conclusiones	244
6.5. Prospectivas de futuro	246
Referencias	249

Índice de Anexos

Anexo I. Carta de presentación de la investigación	315
Anexo II. Muestra cuestionarios formato on-line	319
Anexo III: Saturación de cada ítem en los factores rotados de la escala de importancia y dificultad	323
Anexo IV. Resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario CVP ordenados de mayor a menor	327

Índice de Cuadros

Cuadro 1. Escala de valores de Rokeach	28
Cuadro 2. Los valores superiores, fundamentales y los valores relacionados	32
Cuadro 3. Tipos de valores	37
Cuadro 4. Autores y definiciones más reconocidas por la comunidad científica de la CV	55

Cuadro 5. Principales dimensiones e indicadores de la CV	72
Cuadro 6. Estandarización de dimensiones e indicadores de CV	75
Cuadro 7. Aportaciones educativas a los contextos sanitarios	98
Cuadro 8. Dimensiones de las condiciones de vida sociales	122
Cuadro 9. Técnicas de sistematización de la investigación para consecución objetivos	160
Cuadro 10. Resumen de correlaciones significativas de los valores en función de las variables sociodemográficas	195

Índice de Figuras

Figura 1. Estructura circular de los valores según Schwartz	31
Figura 2. Modelo de la teoría de las funciones de los valores	35
Figura 3. Calidad de vida subjetiva	54
Figura 4. El desarrollo personal y profesional	109

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la muestra por sexo	143
Gráfico 2. Distribución de la muestra por edad y porcentaje de participación	144
Gráfico 3. Distribución de la muestra final en función de edad y sexo en frecuencias	145
Gráfico 4. Distribución de la muestra porcentualmente de la situación laboral de los participantes	145
Gráfico 5. Distribución de la variable, tiempo de última formación realizada cantidad y porcentaje	146
Gráfico 6. Distribución porcentual de la variable tiempo que trabajas como enfermera	147

Gráfico 7. Distribución de las preferencias de valor de la muestra 167

Gráfico 8. Histograma de CVP total 178

Gráfico 9. Conjunto de graficas de regresión del residuo estandarizado 217

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución de la muestra por datos sociodemográficos 142

Tabla 2. Porcentaje total de participación muestra por Sexo 143

Tabla 3. Saturación de cada valor respecto a los valores de orden superior 153

Tabla 4. Saturaciones de los factores extraídos de la escala 157

Tabla 5. Preferencias de valor muestra final 167

Tabla 6. Preferencias de valor de orden superior muestra 169

Tabla 7. Preferencias de valor de la muestra en función de su sexo 170

Tabla 8. Preferencias de valor de la muestra en función de su edad 171

Tabla 9. Preferencias de valor de la muestra en función de su situación laboral 172

Tabla 10. Preferencias de valor de la muestra en función del tiempo transcurrido desde la última formación 173

Tabla 11. Preferencias de valor de la muestra en función de los años de experiencia profesional 174

Tabla 12. Estadísticos de CVP Total en una muestra de CAM 177

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las 4 subescalas que componen la Calidad de Vida Profesional Total 179

Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y el sexo de las participantes 180

Tabla 15. Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la edad de los participantes 181

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la situación laboral de los participantes 182

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y el tiempo transcurrido de la última formación que recibieron los participantes 183

Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la experiencia profesional de las participantes	184
Tabla 19. Correlación entre CVP y dominios de valor muestra final	185
Tabla 20. Correlación entre CVP y dominios de valor en función del sexo	187
Tabla 21. Correlación entre CVP y dominios de valor en función de la edad	189
Tabla 22. Correlación entre CVP y dominios de valor en función de la situación laboral de las enfermeras	190
Tabla 23. Correlación entre CVP y dominios de valor en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa	192
Tabla 24. Correlación entre CVP y dominios de valor en función del tiempo de experiencia profesional	194
Tabla 25. Rangos promedio. Prueba U del sistema de valores en función del sexo	196
Tabla 26. Prueba U de Mann-Whitney del sistema de valores en función del sexo	197
Tabla 27. Rangos promedio. Prueba H del sistema de valores en función de la edad .	198
Tabla 28. Resultados del análisis de diferencias de rango promedio en el sistema de valores en función de la edad	199
Tabla 29. Resultados del análisis descriptivo del sistema de valores en función situación laboral	199
Tabla 30. Análisis de varianza del sistema de valores en función de la situación laboral	200
Tabla 31. Rangos promedio. Prueba H del sistema de valores en función de última formación realizada	201
Tabla 32. Contraste de rangos del sistema de valores en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa	201
Tabla 33. Resultados del análisis descriptivo del sistema de valores en función de la experiencia profesional	202
Tabla 34. Contraste de medias del sistema de valores en función del tiempo de experiencia profesional	203
Tabla 35. Rangos promedio. Prueba U de CVP Total en función del sexo	204
Tabla 36. Prueba U de Mann-Whitney del sistema de valores en función del sexo	204
Tabla 37. Rangos promedio. Prueba H de CVP Total en función de la edad	205

Tabla 38. Resultado del análisis de diferencias en el rango promedio de la calidad de vida profesional en función de la edad	206
Tabla 39. Resultados del análisis descriptivo de la calidad de vida profesional en función de situación laboral	206
Tabla 40. Análisis de varianza de la calidad de vida profesional en función de la situación laboral	207
Tabla 41. Rangos promedio. Prueba H de CVP Total en función de la última formación realizada	208
Tabla 42. Contraste de medias de la calidad de vida profesional en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa	208
Tabla 43. Resultados del análisis descriptivo de la calidad de vida profesional en función de años de experiencia profesional	209
Tabla 44. Contraste de medias de la calidad de vida profesional en función del tiempo de experiencia profesional	210
Tabla 45. Medida de relación de los valores y los factores de la CVP	212
Tabla 46. Resultados ANOVA de los 10 Valores	213
Tabla 47. Estadísticas de residuos	215

Abreviaturas

AACN	.....	American Association of Colleges of Nursing
ADEPA	.....	Asociación del Defensor del Paciente
AMA	.....	American Medical Association
ANA	.....	American Nurses Association
C.O.E.	.....	Colegio Oficial de Enfermería
CAM	.....	Comunidad Autónoma de Madrid
CE	.....	Constitución Española
CEIC	.....	Comité Ético de Investigación Clínica
CIE	.....	Consejo Internacional de Enfermería
CV	.....	Calidad de vida
CVL	.....	Calidad de vida laboral
CVP	.....	Calidad de vida profesional
CVRS	.....	Calidad de vida relacionada con la salud
CVT	.....	Calidad de vida en el trabajo
DDHH	.....	Derechos Humanos
DUE	.....	Diplomada universitaria en enfermería
NTP	.....	Notas técnicas de prevención
OIT	.....	Organización Internacional del Trabajo
OMS	.....	Organización Mundial de la Salud
RAE	.....	Real Academia Española
RD	.....	Real Decreto
RRHH	.....	Recursos Humanos
UNED	.....	Universidad Nacional de Educación a Distancia
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life (traducción español Organización Mundial de la Salud Calidad de vida).	

Introducción

Introducción

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1995 la calidad de vida (en adelante CV) como la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en su posición cultural y en el sistema de valores en el que vive; así como la relación que tiene con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones. Por consiguiente, este concepto está condicionado por la salud física y psicológica, como por el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y los factores medioambientales que tienen los individuos (WHOQOL, 1995).

En este sentido, CV y valores son dos aspectos fundamentales para los seres humanos. Los mecanismos que repercuten en estos dos constructos tienen una estrecha relación con el bienestar del individuo, la educación y otra serie de factores de índole psicológico y social, llegando a tener connotaciones positivas o negativas en el estado de salud que poseen y perciben tales individuos.

No debemos olvidar que en los valores que determinan el sistema axiológico de las personas interviene la estimación de las consecuencias asociadas a cada alternativa de solución en un momento dado. Sin embargo, ambos elementos –valores y CV– se interrelacionan en la medida que forman parte del contenido en el que está inmerso el proceso formativo de la persona.

En la actualidad, la crisis que está atravesando la sociedad nos impulsa a realizar estudios centrados en los valores que tienen los individuos y su grado de incidencia en la CV total de la población; especialmente en aquellos contextos, como sanitarios, cuyos profesionales proporcionan cuidados y atenciones a la población, orientados a mejorar dicha CV.

Se puede inferir que una percepción aceptable de CV profesional (en adelante, CVP) de estos trabajadores, como constructo multidimensional, en el que se agrupan el entorno en el que se desarrolla el trabajo y las percepciones que tienen respecto a su puesto de trabajo (Casas, Repullo, Lorenzo, y Cañas, 2002), y una escala de valores sociales de índole colectivista e individualista suficientemente asimilada a la profesión (Calvo, Aguilar, y Salinas, 2008), tienen beneficios en la calidad asistencial y de humanización que se debe proporcionar a la sociedad.

Existe la necesidad de favorecer un nivel óptimo de CVP para que el clima dentro del contexto sanitario sea el adecuado, dada la repercusión que tiene la motivación intrínseca, la percepción de su CV, el apoyo directivo y la carga laboral en sus

profesionales, tal y como demuestran algunos estudios realizados (Cabezas, 1998; Fernández, Gutiérrez-Castaneda, González, y Vílchez, 2016). Asimismo, también es de interés reforzar el papel de los valores que transmiten cotidianamente dentro de sus actuaciones, dado que estos influyen en la CV de la población a la cual asisten (Schwartzmann, 2003; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). La investigación al respecto puede dar a conocer sus necesidades e impulsar nuevos proyectos con otros grupos de interés.

La presente investigación ha tenido como finalidad el análisis, reflexión y debate acerca de los valores sociales inherentes a las profesionales de la enfermería y la percepción que estas tienen de su CVP.

La elección de este tema de investigación ha venido suscitada por el conocimiento del doctorando del contexto sanitario como parte del *Comité Ético de Investigación Clínica* (CEIC) y la coordinación de un equipo de voluntariado, al pertenecer a la plantilla de uno de los hospitales de referencia de la Comunidad Autónoma de Madrid (en adelante CAM). Estas circunstancias nos han permitido la interacción e interrelación con los profesionales de la institución, obteniendo, así, información privilegiada para el estudio realizado. Estos contactos, a su vez, aportaron diferentes visiones y perspectivas específicas, descubriéndose inquietudes respecto a algunos grupos profesionales; siendo las enfermeras una de las categorías más significadas en relación con las condiciones de sus puestos de trabajo, sus cargas laborales, motivación, etc.

De lo aportado por las interrelaciones y verbalizaciones expresadas por las enfermeras, salió a la luz, que el problema que estaban teniendo las profesionales de enfermería, era que no gestionaban adecuadamente los efectos subjetivos y objetivos respecto a su puesto de trabajo, en el que se implicaban cuestionamientos éticos y morales derivados de los valores sociales y profesionales que tenían, teniendo de alguna manera repercusión en la percepción de su CVP, lo cual podía tener implicación en los cuidados que precisan los pacientes, así como en el estado de salud de las propias profesionales. Ante el problema detectado, surgieron las siguientes preguntas de investigación: ¿cuál es la CVP de las enfermeras?, ¿cuáles son los valores de las profesionales de enfermería?, ¿qué jerarquía en valores presentan? y, finalmente, ¿se relacionan entre sí, la CVP y los valores de las enfermeras?

Para dar respuesta a estas preguntas nos planteamos como finalidad aportar un estudio acerca de la escala de valores que tienen las profesionales del campo de la enfermería, así como de la percepción respecto a su CVP. Para ello, nuestro objetivo general ha sido analizar la relación existente entre los valores sociales y la CVP de una muestra de profesionales de enfermería de la CAM.

Es importante resaltar que durante la transcripción y elaboración de la tesis se ha empleado el género femenino, dado que según criterio de la Real Academia Española (RAE) en su manual de gramática del año 2010, en el apartado 2. 1. 3ª, se indica que el masculino es en español el género no marcado y, por lo tanto, el correcto para referirse a colectivos humanos. Sin embargo, la frecuencia y familiaridad por ser la mayoría mujeres dentro de la profesión, nos ha llevado a tomar la decisión de usar el género femenino a lo largo de todo el articulado de la presente tesis.

Las bases teóricas en las cuales fundamentamos nuestro estudio son:

- En relación con los valores sociales hemos tomado como referente la definición y teoría que ofrece Schwartz (1992), en la cual expresa que las metas transituacionales son vistas como terminales o instrumentales, teniendo estas un interés individual, colectivo o ambos. Estas metas estarán relacionadas con una batería de motivaciones (en total diez), siendo estas los principios que guían la vida de toda persona (Schwartz y Bilsky, 1987, 1990).
- Por otra parte, en relación con la CVP nos hemos basado en el modelo demanda-control de Karasek & Theorell (1990), el cual tiene un alto nivel de seguimiento por parte de la comunidad científica, siendo el planteamiento seguido para la adaptación al español realizada por Cabezas (1998, 2000). Según este modelo teórico hemos intentado evaluar el estrés laboral que sufren las profesionales del campo de la enfermería; tomando en consideración que en la mayoría de los casos se trata de un estrés de carácter psicosocial, derivado de las exigencias o demandas que surgen en su puesto de trabajo, así como del control que se ejecuta. Este último entendido como el conjunto de recursos que las profesionales tienen para hacer frente a las demandas, así como la percepción que tienen respecto a su CV global.

De los análisis realizados y los resultados obtenidos, observamos que las variables manejadas en este estudio tienen un amplio recorrido histórico. Desde épocas clásicas la

comunidad científica del mundo de la salud ha demostrado interés por los valores como moduladores de los comportamientos humanos (Cayón, 2008; Salazar y Herrera, 2007), así como por la CV como el medio para que el individuo logre bienestar y satisfacción (Sanín, 2016).

Desde algunas disciplinas como la axiología, la sociología, la psicología o la educación se han realizado aproximaciones conceptuales en lo que a los valores sociales se refiere; desde las realizadas por Cantril y Allport (1933), hasta las más contemporáneas como las aportaciones elaboradas por Rokeach (1968), Schwartz (1992) o Gouveia, Santos, Milfont, Fischer, Clemente, y Espinosa (2010), todas ellas avaladas por sus correspondientes estudios.

Por otro lado, encontramos interés dentro de las sociedades industriales por la CV, hallando en la figura de Pigou (1920, 2017) estudios en relación con la temática. Este propuso, desde su visión como economista, entender la CV como aquellos deseos que presentan las sociedades, teniendo gran repercusión en las aportaciones de Thorndike (1939) acerca de los índices de CV que existían en diferentes ciudades.

Asimismo, en los años sesenta del siglo pasado, los análisis de Inglehart (1977, 1990) reflejan una serie de resultados que demuestran que la crisis de los valores de las sociedades industriales tiene una repercusión en lo que se entendía por CV en dicho momento. Así es como en los años siguientes se genera un nuevo nivel de interpretación respecto al concepto de CV, teniéndose en cuenta los niveles subjetivos que previamente se habían obviado y que presentan un fuerte componente psicosocial (Blanco, 1985; Casas, 1999).

Las conclusiones de nuestro trabajo nos llevan a encontrar diferencias entre los valores que tienen las profesionales según edad, sexo y tiempo que llevan trabajando, así como una diferencia entre la CVP percibida por las profesionales de más edad y con más tiempo trabajado, siendo notoria la relación entre las dos variables del estudio.

Llegados a este punto, en las siguientes líneas presentamos la investigación que se ha llevado a cabo en el marco de esta tesis y que ha sido estructurada en dos grandes bloques, marco teórico y marco empírico.

El marco teórico constituye el núcleo inicial y fundamental de este trabajo que se encuentra integrado por tres grandes capítulos en los que se fundamenta teóricamente el estudio y se realiza una revisión del estado de la cuestión.

Introducción

En el primer capítulo ahondamos los valores sociales, prestando especial interés a su conceptualización, historiología y modelos existentes, así como en los autores más relevantes, las dimensiones intervinientes y un recorrido científico por las variables del estudio. Se exponen las principales disciplinas que han realizado aportaciones a la temática, así como los modelos de valor propuestos por diferentes autores, todos ellos vigentes en la actualidad y tenidos en consideración por parte de la comunidad científica; aunque, tal y como hemos indicado previamente, en esta investigación tomamos como referencia el modelo de Schwartz (1992).

En el segundo capítulo, analizamos el concepto de CV, presentando las bases en las cuales se fundamenta y resaltando la multidimensión con la que cuenta. Se realiza un recorrido historiográfico, aportando bases adecuadas para la presente investigación. Además, se exponen los modelos existentes y las dimensiones y variables asociadas al concepto, así como las diferentes fuentes teóricas, teniendo en consideración el contexto laboral. Se presta especial interés a las aportaciones realizadas por Karasek (1979; 1989) y Karasek & Theorell (1990) dentro del modelo de demanda-control, el cual centra su atención en los profesionales como campo de actuación; dentro de los estudios que se siguen realizando en la actualidad, hemos decidido seguir el modelo planteado por Cabezas (1998). Este modelo pone énfasis en la evaluación de la CV entendiendo que la salud es un condicionante que influye sobremanera en ella, siendo el estrés laboral el que aportará suficiente información de tipo psicosocial acerca de la CV en los contextos laborales de las profesionales. En este sentido, las demandas derivadas de dicho estrés y estrategias para afrontarlo proporcionan un cierto bienestar en el individuo, laboralmente hablando.

En el tercer capítulo se hace mención de los valores sociales y la CVP en contextos sanitarios, estableciendo una reflexión sobre la repercusión que tiene el contexto en dichas variables. Iniciamos el capítulo con un compendio normativo como marco referencial del contexto sanitario. Sigue el capítulo con una visión de lo que son las instituciones sanitarias, así como el espacio formativo, la identidad o la competencia, entre otros conceptos relevantes para el presente estudio. Finalmente, se realiza una revisión de los estudios publicados en relación con los valores y a la CVP para, de esta manera, encuadrar la realidad existente respecto al tema de nuestro estudio.

Por su parte, el marco empírico está integrado también por tres capítulos. Esta parte resulta crucial para ver el planteamiento metodológico del estudio, la fase de recogida de datos, los análisis realizados y los resultados del estudio. En el primer capítulo, se presentan los objetivos y las hipótesis vinculadas al estudio para seguidamente detallar el método de investigación empleado y la metodología utilizada; se expone el diseño de investigación aplicado y el proceso seguido en la selección de la muestra y las características de esta. A continuación, se definen las variables y se realiza una descripción de los instrumentos destinados a la recogida de información, con sus características psicométricas, el procedimiento empleado y las estrategias empleadas. Se finaliza este capítulo con la descripción del procedimiento utilizado en análisis de los datos resultantes.

En el segundo capítulo se describen pormenorizadamente los resultados de la investigación, obtenidos a partir de los análisis estadísticos descriptivos, correccionales e inferenciales realizados.

Por su parte, en el tercer capítulo del marco empírico se recoge tanto la discusión de los resultados aportados por la investigación, tomando como referencia los hallazgos aportados por otras investigaciones recientes y relevantes para el objeto de nuestro estudio. A su vez, se presentan las conclusiones que pueden extraerse del trabajo realizado tomando como referencia los objetivos e hipótesis previamente planteadas. Asimismo, se identifican las limitaciones halladas en el proceso de investigación y que abren futuras líneas de investigación. Este capítulo concluye con una serie de propuestas dirigidas a la población del objeto de análisis, en relación con los valores sociales en ella predominan y su CVP.

Por último, cierran esta memoria de tesis los apartados de referencias y anexos. En la primera, se ha recogido la literatura científica revisada y consultada, que ha servido de apoyo a toda nuestra investigación. En otro orden, en los anexos, se pueden consultar los instrumentos empleados para la recogida de información, así como algunas tablas que presentan resultados de los análisis estadísticos realizados para la investigación.

Capítulo I

Los valores sociales

1. 1. Presentación

Nuestra sociedad se encuentra inmersa en una vorágine de cambios que están dirigiendo a las personas a una realidad nueva como resultado de la globalización. Estas transformaciones están teniendo repercusiones significativas en la economía mundial y en el desarrollo tecnológico, social y cultural de la humanidad (Cabrero, 2006; Corzo, 2004; Moreno, 2009; Tarabini y Montes, 2015). La falta de recursos económicos, la interdependencia de las personas, la aparición de nuevos canales de comunicación, los movimientos migratorios y el debilitamiento del papel geopolítico de las fronteras, conllevan modificaciones en todos los procesos de socialización y suponen un gran reto para guiar a las personas y a los pueblos de acuerdo con una serie de valores universales (Bauman, 2015; González-Olivares, De-Juanas, & Bravo, 2015).

El presente capítulo trata, de un modo general, sobre los valores sociales que orientan a la humanidad y, de manera particular, sobre los valores sociales y humanos en los contextos laborales. El tema es de gran interés social y educativo; así lo corrobora la literatura científica existente (Casares, Carmona, y Martínez-Rodríguez, 2010; Castro y Nader, 2006, 2009; Escámez, 1986; Gouveia, 2003; Gouveia et al., 2010; Ros y Gouveia, 2001; Ros y Schwartz, 1995; Schwartz, 1992, 1994, 2001, 2003, 2012, 2017; Simkin & Azzollini, 2014; Tamayo y Schwartz, 2012).

Por ello, se parte del constructo valores sociales y de su universalidad, así como de la importancia de estos en diferentes contextos sociales. Desde un punto de vista metodológico, para la realización de este capítulo se ha seguido un proceso de recogida y elaboración de la información de manera sistematizada, se llevó a cabo una revisión de las principales teorías que conceptualizan los valores sociales. Para la presente tesis, se ha tenido un especial interés por el modelo teórico de jerarquía de los valores de Schwartz y Bilsky (1987, 1990), que toma como referencia otros trabajos previos sobre los valores y su relación con la dimensión cultural (Hofstede, 1980, 1984). La aportación científica de este modelo ha dado lugar a numerosos estudios que han centrado su interés en la búsqueda de nuevos hallazgos transculturales y transnacionales (Ariza, 2007; Inglehart, 1997; Inglehart y Carballo, 2008; Ros, 2002; Schwartz, 1992, 1994, 1999, 2012, 2017; Triandis, 1990, 1995).

En este sentido, el primer paso fue la realización de búsquedas sobre la conceptualización del término *valor* y sus características, tanto en español como en inglés,

en las siguientes bases de datos: Dialnet, e-Book Education Collection (EBSCO), ERIC (EBSCO), ERIC (ProQuest), E-Journals, Emerald Insight, Eric, Google Scholar, Índices CSIC, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), JSTOR, Latindex o Research Library, entre otras.

Posteriormente, se realizó un recorrido histórico sobre las aportaciones teóricas relacionadas con los valores sociales y las diferentes disciplinas que han abordado esta temática. A continuación, se atendió a la tipología de valores, para terminar, revisando la literatura científica sobre los valores en diferentes contextos sociales, prestando especial atención al contexto laboral, objeto de especial interés para la presente tesis. Los resultados de este trabajo de búsqueda y elaboración de la información hallada han dado lugar a cada uno de los apartados de este capítulo.

1. 2. Aproximación conceptual

Según el Diccionario de la Real Académica de la Lengua Española (2014), un valor es el “grado de utilidad o aptitud de las cosas para satisfacer las necesidades o proporcionar bienestar o deleite”. En otro sentido, organismos como ACNUR¹ (2001) define los valores como los principios que tenemos los seres humanos, en los que las cualidades de cada persona los llevan a comportarse de una manera determinada estableciendo prioridades en la vida. Asimismo, en la *Conferencia para el Fórum de Buena Voluntad Mundial*, sede de la Organización de Naciones Unidas (ONU, 2016), se hace alusión a los valores como aquellos condicionantes que emergen, que son cambiantes, que se expanden y tienen sentido de responsabilidad, concediendo gran protagonismo a la familia, la cual ayuda a mejorar aspectos vitales en los individuos.

De un modo general, los valores pueden ser entendidos como principios que ayudan a adoptar un determinado comportamiento en la propia realización personal y ante situaciones concretas de la vida diaria, haciendo referencia a aquellos que aluden a la virtud, honestidad, tolerancia, respeto o libertad, entre otros; siempre dentro del contexto integral de la sociedad, teniendo un carácter igualitario entre todos los seres humanos (Álvaro, 2017; Gallego, 2015; Nader y Solano, 2007; Schwartz, 1996, 2001, 2006). En

¹ Acrónimo de *Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados*.

los valores, además, influyen las preferencias personales que tienen un vínculo directo con las creencias fundamentales y las de tipo personal, siendo considerados por diferentes autores como fuente de bienestar y satisfacción personal (Cardona y Agudelo, 2007; Fontaine, Poortinga, Delbeke, & Schwartz, 2008; Del Valle, Hormaechea, y Urquijo, 2015; Morillo, 2006; Zubieta, Delfino y Fernández, 2007).

Por otro lado, desde una perspectiva social, los valores son explicados como ideales culturales que actúan sobre las concepciones del individuo acerca de lo que es bueno y malo, así como de lo deseable frente a lo no deseable. Uno de los máximos representantes de este enfoque fue Rokeach (1973) que definió los valores como aquellas creencias que las personas poseen respecto a las *conductas deseables y los estados finales*. Por lo tanto, según el mismo autor, los valores sirven de guía en la selección y evaluación de los comportamientos que deben tener las personas ante situaciones cotidianas, estableciendo conexión directa con las creencias o cogniciones, y a su vez identificando estas creencias en tres tipos, entre las que se encuentran: 1) *descriptiva o existencial*, 2) *evaluativa* y 3) *prescriptiva o exhortatoria* (Gallego, 2015). Cuando estos criterios son requeridos, se ponen en juego las emociones y diferentes reacciones psicofisiológicas que permiten autorregular el estado anímico ante cualquier situación, induciendo a la persona a la búsqueda constante del equilibrio homeostático que le proporcione seguridad y aprobación social en todos los contextos en las que se dan relaciones interpersonales (Nader y Solano, 2007; Simkin y Becerra, 2013).

En línea con las aportaciones de Rokeach, otros autores como Schwartz y Bilsky (1987), enfocaron sus trabajos desde una perspectiva psicológica, con orientaciones axiológicas de tipo moral, personal, social y competencial. Ambos autores realizaron una jerarquización respecto a la importancia que tienen los valores para la persona. El estudio de la jerarquización del sistema de valores ha resultado ser productivo e intenso desde finales de la década de los ochenta del siglo pasado hasta la actualidad (Bilsky, Janik, & Schwartz, 2011; Castro y Nader, 2006; Davidov, 2010; García, Barbero y Muñoz, 2017; García, Grimaldo, y Manzanares, 2016; Gouveia et al., 2010; Ros y Schwartz, 1995; Valbuena, Morillo, y Salas, 2006).

Según Schwartz (1987), para que exista un perfecto funcionamiento personal y social, los valores tienen que actuar como metas deseables dando respuesta a las necesidades de cada individuo y siendo mediatizadas por los aspectos biológicos, la

interacción social y la aceptación grupal (Jaén, 2010; Nader y Solano, 2007; Zubieta, Fernández, y Sosa, 2012).

A modo de resumen, se deduce que los valores tienen una serie de propiedades o características de orden funcional, aportando a las personas capacidad de obrar, permitiéndoles satisfacer las necesidades marcadas y son fuente de motivación dentro del contexto social donde se promueven, siendo estos de índole subjetivo u objetivo.

1. 2. 1. Características de los valores

La principal característica de los valores es su marcado carácter universal, que atañe a todas y cada una de las sociedades (Ariza-Montes, Tirado-Valencia, y Fernández-Rodríguez, 2017; Corzo, 2004; Gómez, 2017). Sin embargo, la universalidad de estos no es su única característica, existen otras que tienen una gran influencia en la concepción social y científica de los mismos (Echeverría, 2016; Montiel, 2016), a saber:

- Los valores son *absolutos e integrales* dado que no es posible dividirlos y, a su vez, no están condicionados por hechos sociales, históricos, biológicos o individuales (Seijo, 2009).
- Los valores son *alcanzables*, puesto que dan sentido y significado a la vida humana (López Quintas, 2008).
- Los valores son *aplicables*, ya que se adaptan a las situaciones de la vida, son acciones prácticas, reflejando los principios valorativos del individuo (Amador y Esteban, 2015).
- Los valores son *complejos*, generando diferentes juicios en torno a la teorización de estos; la falta de consenso común los hace complicados (Lamas, 2015).
- Los valores se *construyen* constantemente. Dicha construcción es continua a lo largo de la vida de cada individuo; así como del desarrollo de la sociedad en la que existe dicho individuo (Morelos-Gómez y Fontalvo-Herrera, 2014).
- Los valores son *dinámicos*, puesto que se van transformando dependiendo de la época en la cual se generen (Alfaro, 2015).
- Los valores son *perdurables en el tiempo*, es decir, son permanentes y no han tenido ningún tipo de modificación a lo largo de los años (Lamas, 2015).

- Los valores son *flexibles*, se adaptan a las necesidades existentes en un contexto específico de la persona, así como a las experiencias personales que influirán sobremanera en las necesidades marcadas (Gómez, 2017).
- Los valores son *inmutables* e *independientes*, se mantienen en el tiempo de forma estable y no ejecutan cambios (Najmanovich, 2008).
- Los valores están *jerarquizados*, los hay de orden superior e inferior (Ortega y Gasset, 1946; Ros y Schwartz, 1995; Scheler, 1938).
- Los valores están *polarizados*, por lo que tienen asignado un valor cuantitativo de tipo positivo o negativo (Pérez, 2015).
- Los valores son fuente de *satisfacción* mediante las motivaciones, aportando una mejora de la CV (Peralta, Besio, Rubio, Atabales, y Salinas, 2016).

En su conjunto, estas características inciden en el modo en el que las personas establecen, de una forma u otra, las metas y propósitos de su ciclo vital, siendo las creencias, sentimientos, convencimientos, actitudes, juicios o acciones, entre otras, expresiones de valoración que cada individuo desarrolla (Tobón, 2008).

1. 3. Antecedentes y evolución del constructo *valor*

En la Antigua Grecia Clásica, encontramos los primeros precedentes de los *valores* en el término *bueno*, el cual se empleaba en todas las culturas y sociedades como sinónimo de valor (Foucault, 2015). Estos tenían una jerarquía de valores en la cual la democracia, la belleza, la verdad y la libertad eran principios que se utilizaban comúnmente para guiar el comportamiento de los ciudadanos ante la realidad histórica del momento (Cota, 2002), estando anexionados a términos como el bien y el mal, lo correcto y lo incorrecto, etc.; todos estos términos recogidos dentro de la llamada filosofía práctica (Sánchez, 2005).

En torno al siglo IX a. C. Homero habló de la *virtud* como sinónimo de valor y era definido como la cualidad que tiene toda persona dentro de la sociedad y el papel que representa dentro de esta (Álvarez, 2007). Por su parte, Platón definió el valor como toda verdad que se da a todo objeto comprensible, proporcionando las claves para la primera interpretación respecto a la teoría del valor en términos objetivos (Gracia y Cortina, 2010) que, a su vez, hace alusión a la belleza, la perfección y la virtud que surgen de la idea del bien, anexionada a la ciencia y la verdad, superando los ideales existentes en la época.

Por consiguiente, los valores son absolutos, universales y se manifiestan en el uso de los fenómenos u objetos (Pérez, 2008; Prieto, 2001).

Por otro lado, Aristóteles, en el siglo IV a. C., abordó las ideas de valor desde planteamientos éticos y morales, fundamentalmente en sus obras *Ética a Nicomano*, *Ética a Eudemo* y la *Gran moral*. Este filósofo consideró que el hombre actúa determinado por la propia naturaleza del ser humano, teniendo una manera de ser mediatizada por las propias acciones y trata el término virtud como un valor, siendo este un hábito selectivo. En definitiva, las virtudes y la búsqueda de la felicidad marcaron las premisas de los planteamientos de los clásicos griegos.

Posteriormente, entre el siglo I y el siglo IV d. C., surgió un nuevo enfoque relacionado con los aspectos teológicos de la religión cristiana. Se reflexionó respecto a la segregación del universo y la proyección excéntrica de la divinidad (Martínez, 2010).

En este contexto, surgió la figura de Agustín de Hipona (siglo IV y V d. C.), quien consideró la omnipresencia de Dios en todos sus postulados sin olvidar los presupuestos de la sabiduría clásica. De tal manera, para san Agustín la comprensión del ser viene dada por la razón como instrumento de aclaración de la fe y los valores se construyen a partir de un discurso racional (Ferrater, 1979).

Todo este pensamiento perduró durante siglos hasta que en la Edad Media (siglos XII y XIII) apareció la figura de santo Tomás de Aquino, quien expresó la virtud como la cualidad que permite a las personas realizar un progreso para conseguir un fin (Martínez, 2010). En este periodo se toma conciencia del conjunto de virtudes cívicas, las cuales se anexionan al conjunto de conductas relacionadas con los valores de las personas y con el cumplimiento de ser un buen ciudadano (Camps, 1990).

Durante el Renacimiento (siglo XIV al XVII) nos encontramos un movimiento artístico-cultural con figuras tan relevantes como Erasmo de Róterdam, Michel de Montaigne, Nicolás Maquiavelo, Giordano Bruno o Tommaso Campanella, entre otros, quienes compartieron un marcado interés por lo humano. Renacen, ideas grecorromanas y se producen cambios artísticos; es el periodo de eclosión del humanismo en el que el hombre se posiciona en el centro del universo, estando latente un cuestionamiento hacia las cosas, así como una renovación de las ideas (Di Camillo, 1976; Pele, 2009).

Más adelante, los siglos XVIII y XIX fueron una época de reformas en la que la Revolución francesa e industrial aportaron nuevos cambios; además, surgió un interés por

el pensamiento clásico alemán, el cual focaliza al hombre como eje central del desarrollo industrial y social. Kant (1724-1804) y Nietzsche (1844-1900) consideraron que los valores proceden de la voluntad de poder y son falsos, ya que estos constituyen acuerdos admitidos socialmente para la supervivencia de los más desvalidos (Sánchez, 2005).

En el siglo XIX, el término valor ya tenía connotaciones notables y captó el interés de las ciencias sociales como la filosofía, la psicología, la sociología y la educación. Dentro del campo de la filosofía, figuras destacadas como Lotze (1817-1881), Nicolás Hartmann (1882-1950) y Eduardo Hartmann (1842-1906) realizaron un planteamiento teórico sobre los valores desde la axiología, y entendieron que estos hacen referencia a reglas y normas establecidas en torno a la conducta del individuo; así, las limitaciones vienen de las propias leyes establecidas en la sociedad, las cuales marcan el avance del individuo hacia el estado ideal conforme a las convicciones de cada persona (Toro y Tallone, 2013).

En el ámbito de la psicología se conceptualizaron los valores como las representaciones de una manera de vivir, estrechamente relacionadas con la identidad personal y el medio en el que se desenvuelven los individuos; por tanto, tienen un alto interés para la interacción social (Castejón, González, Gilar & Miñano, 2010).

En otro orden, la sociología consideraba que la sociedad en su conjunto se mantenía unida gracias a unos objetivos comunes, así como a un sistema de valores y creencias compartidos; eso es lo que Durkheim (1987) llamó *conciencia colectiva* como base de la solidaridad. Dicho de otra forma, son las diferencias entre los individuos y la comunidad lo que hace que se sustituyan los valores y las creencias que cohesionan las sociedades.

Por su parte, la ciencia de la educación de esa época tenía influencias del pasado como, por ejemplo, los aportes clásicos realizados por san Agustín (S. IV y V) y santo Tomás (S. XIII). En ese periodo, fue relevante el pensamiento humanista de concepción platónico-aristotélica en conjunción con la doctrina cristiana, apareciendo figuras tan relevantes como Pestalozzi (1746-1827), Herbart (1776-1841), Diesterweg (1790-1866), Owen (1771-1858), Freinet (1896-1966), Montessori (1870-1952) o Dewey (1859-1952), entre otros. Las aportaciones de estos autores dieron un giro a la concepción pedagógica existente, mostrándose reactivos a las corrientes del pensamiento atea o panteísta. Todos ellos refirieron que existen una serie de valores morales y religiosos basados en la

ternura que muestran los niños (Luzuriaga, 1982). Asimismo, el humanismo de la época basó sus estudios en la promoción de los procesos integrales de la persona con la idea principal de desarrollar las potencialidades que posee el ser humano, lo cual implica una nueva estructura de valores (Martínez, 2010).

En el marco del siglo XX, dentro de la ciencia de la filosofía, hallamos las aportaciones realizadas por Max Scheler (1874-1928). El autor establece que los valores son las cualidades que descansan en sí mismas y son justificadas por el contenido. Su obra *El formalismo en la ética y la ética material de los valores* (1913-1916) resulta notable por su seguimiento en la línea del método fenomenológico; descubriendo los objetos que dan sentido a la vida, más en concreto al vivir moral y a la sintetización de los valores. En base a este principio, desarrolló su teoría de los valores, en la que consideró los valores como una experiencia, cuyos objetos son inaccesibles al entendimiento y están dispuestos en un orden y sobre la base de una jerarquía (Bourdieu, 2016; Leahey y Goenechea, 2013; Prieto, 2001). El autor señaló que la persona es un valor por sí misma y definió los valores como las cualidades de orden especial que descansan en sí mismas y son justificadas por su contenido (Scheler, 1938). Por consiguiente, los valores son objetivamente estructurables con relación a dos rasgos fundamentales a) la *polaridad* y b) la *jerarquía*. Dentro de los rasgos de la jerarquía se establece una escala de valores ordenada de menor a mayor en cuatro grupos, a saber: a) los *valores del agrado*, b) los *valores vitales*, c) los *valores religiosos* y d) los *valores espirituales*; estos últimos divididos en estéticos, jurídicos e intelectuales (Echeverría, 2016; Henckmann, 2004; Sánchez-Migallón, 2007, Sandoval, 2007).

En línea con lo expuesto y teniendo la axiología como referente, se concreta que los valores son considerados como las cualidades o propiedades que tienen los objetos, tanto físicos, materiales como inmateriales; por lo que el valor adquiere un sentido intrínseco anexo al ser humano y viene instaurado desde el nacimiento como determinante cognitivo del comportamiento (Arciniega y González, 2000; Noguera, Martí-Vilar, y Almerich, 2014; Sánchez-Hernández, 2006).

Por otro lado, también en el siglo XX, con relación al estudio de los valores desde la psicología, un exponente teórico podemos encontrarlo en el texto *New knowledge in human values*, elaborado por Maslow (1959). El documento refleja la inquietud existente en la época frente a la problemática de los valores; expresando la preocupación social por

Capítulo I. Los valores sociales

la aparente ausencia de un sistema de valores en las sociedades modernas y desarrolladas, siendo ello fiel reflejo de las modificaciones morales que estaba teniendo el hombre moderno.

Asimismo, es importante mencionar a Rokeach, (1967-1973), quien continuó la línea de la psicología social cognitiva. En sus escritos, expuso la interrelación entre las actitudes y las conductas respecto a los valores (Rokeach, 1973), analizada posteriormente por sociólogos y antropólogos y estableciendo líneas de investigación sobre la cultura como una de las dimensiones a tener en cuenta en el establecimiento de los nuevos valores imperantes. Con sus estudios realizó aportaciones respecto a los cambios de valores en diferentes contextos culturales (Schwartz & Huisman, 1995; Schwartz & Ros, 1995).

Desde finales del siglo XX y hasta la actualidad, aparecen nuevos enfoques en relación con los valores humanos, como es el caso de Gouveia y Ros (2001). Estos autores van a tener en cuenta las funciones que tienen los valores terminales, y que actúan como aquellos principios que guían las acciones comportamentales y las representaciones cognitivas de las personas para cubrir las necesidades humanas (Gouveia et. al., 2010).

De forma más reciente, se siguen realizando estudios relacionados con la cultura y los valores dentro de contextos educativos (Brunner, 2000), así como en situaciones anómicas del individuo (Tobón, 2006), tomando la anomía como la extensión de los valores y las normas según la definió Merton (1938). Además, las normas tendrán un impacto distinto según los diferentes estratos y clases sociales de los actores involucrados (Girola, 2005).

En conclusión, desde la Antigüedad hasta nuestros días se ha considerado que los valores vienen insertos en la esencia intrínseca del ser humano; es decir, surgen de la relación del hombre con su entorno, teniendo las necesidades un papel prioritario en su aparición y estando influidos por la sociedad y el contexto en el cual se dan.

1. 4. Enfoques teóricos de los valores sociales

En el presente apartado se abordan, de un modo sintético, los diferentes enfoques teóricos relacionados con los valores. Todos ellos surgen del interés mostrado desde distintas ramas del conocimiento científico como la filosofía, la psicología, la sociología y la educación.

1. 4. 1. El enfoque filosófico y la axiología

Desde un principio, la filosofía ha mostrado interés por el estudio de los valores², especialmente, desde la rama de la axiología. Al respecto, encontramos la figura de Lotze (1817-1881), quien realizó una aproximación más exhaustiva y fundamentó su teoría axiológica en la filosofía kantiana. El autor declara que los valores no pertenecen a la esfera del ser, sino a la del valer. Según este, los valores se muestran con un orden jerárquico en la no indiferencia e independencia ante los objetos por lo que se puede realizar una clasificación, en la que los valores pueden contraponerse y en esta polarización se halla la esencia de estos. En definitiva, la axiología como ciencia no busca la explicación del valor de forma positiva exclusivamente, sino que también incluye los valores negativos (Sánchez, 2005).

Otros filósofos como Ehrenfels (1859-1932), Freienfels (1882-1949) o Meinong (1853-1920), entendieron que los valores transfieren saber desde una perspectiva subjetiva, Meinong sostiene que la valoración como hecho psíquico depende del agrado, mientras que Ehrenfels refiere que el valor no es el agrado sino el deseo, dado que también tienen valor cosas que no existen. Por otro lado, Rickert (1863-1936), Scheler (1874-1928) y Hartmann (1882-1950), desde una perspectiva objetivista, consideraron que los valores vienen intrínsecamente adaptados a las cualidades que poseen las personas, siendo una constante la jerarquía, así como la polaridad. Todo ello dentro de la visión normativa y ética, por la que la finalidad de los valores se orienta a distinguir entre lo agradable y lo desagradable (Revorio, 1998).

Fronzizi (1958), en sus trabajos respecto a la axiología, refiere que las necesidades del ser humano están entrelazadas con los valores como una interpretación de las cualidades estructurales, donde la estructura no equivale a la suma de las partes, sino que depende de los miembros que la constituyen, no siendo estos homogéneos.

Por otra parte, Kluckhohn & Strodtbeck (1961) desarrollaron la teoría sistemática o estructuralista funcional de los valores, la cual indica que el individuo tiene una concepción de lo que es el valor, lo que es deseable y los medios o fines que le llevan a realizar una elección, dentro siempre del existencialismo del que consta el ser humano.

² Véase 1.3. Antecedentes y evolución del constructo 'valor'.

Asimismo, desde la perspectiva objetivista, la figura de Husserl (1992), dentro de su método, refuta la interrelación existente entre la esencia de los seres humanos y ellos mismos y, a su vez, entre estos con el mundo de los valores, en el cual las actitudes que los seres humanos poseen adquieren una especial importancia.

Otra aportación es la realizada por Tünnermanh (1999), quien identifica los valores con las creencias, que tras ser seleccionadas dirigen nuestras vidas y son añadidas a nuestras conductas, sirviendo como cobertura natural a nuestras necesidades y aportando bienestar al individuo. En definitiva, la persona como individuo tiene un sentimiento respecto al valor, siendo este dinámico y aportando sentido a su ciclo vital (Cayón, 2008).

Por su parte, Scheler (2000, 2001), dentro de su teoría de los valores, distingue entre la escala de valores de los individuos y la de las sociedades, considerando que son las vicisitudes que tienen los individuos lo que hay que tener en cuenta al realizar valoraciones. Él defiende una línea basada en la ética de los valores en la que estos son objetos perfectos, siendo necesarios y de índole universal y ateniéndose a un orden individual y colectivo. La base teórica de este autor es el objetivismo apriorístico en el cual los valores tienen una serie de rasgos característicos, únicos, esenciales y polarizados (positivos vs. negativos). Además, Scheler los jerarquiza y a cada uno de ellos les asigna una posición más o menos relevante respecto al anterior y al posterior. Dentro de esta ordenación de valores, los categoriza en cuatro grupos diferenciados: 1) los valores vitales, 2) los espirituales, a su vez subdivididos en estéticos, jurídicos e intelectuales, 3) los del agrado y 4) los religiosos. Por consiguiente, con su aportación hace la aseveración de que los valores son un contenido específico de la ética y de que van dirigidos hacia la persona y no a la conciencia (Scheler, 1952, 2000).

A modo de resumen, una de las principales aportaciones de la axiología como rama de la filosofía en relación con los valores es la siguiente: estos dependen del contexto social, cultural y político, propician cambios y son beneficiosos para el conjunto de las sociedades como generalidad.

1. 4. 2. Los valores desde una perspectiva psicológica

En este subapartado se clarifica desde la perspectiva de la psicología social lo que son los valores. Esta disciplina los interpreta anexionados a una estructura, siendo su finalidad

organizar las actitudes de las personas y centrandolo su estudio en las dimensiones y las características que estos tienen (Ajzen, 1989; Moriano, Trejo y Palací, 2001; Serra, 2000).

Algunos autores como Meinong (1853-1920) y su seguidor Ehrenfels (1859-1932) sostienen que los actos de agrado o desagrado, así como los deseos son la base del fundamento de los valores. Los individuos en su contexto habitual emiten juicios de valor con relación a lo deseable o no deseable (Corzo, 2004). Estos son de índole subjetivo dado que cada persona los emite de manera diferente respecto a los otros individuos en el mismo contexto. La manera de que estos se hagan visibles es a través de la verbalización, dado que no podrá tener una estimación a no ser que se estos se expresen. Su funcionamiento suele implicar una valoración respecto al mundo en el cual vive el individuo, así como la valoración respecto a qué hacer con este (González, 2000; Moscovici, 2002; Sancho-Álvarez, Jornet y González-Such, 2016).

Desde la perspectiva de la psicología social, se conceptualizan los valores como el análisis de los procesos que influyen en la dinámica que tiene establecida la sociedad y las interacciones sociales existentes, siendo estos procesos el molde de la personalidad y las características de cada individuo (Gouveia, 2003; Ros, 2001; Ros y Gouveia, 2001; Schwartz, 2006; Zumba, 2017). Esta definición calza con la teoría de la congruencia o sistema de creencias, desarrollada por Rokeach (1960), la cual asevera que los valores tienen un papel importante dentro de la personalidad del individuo. El autor realiza una definición del concepto valor como las creencias que tienen las personas acerca de lo deseable y los estados finales, siendo transcendental para el individuo (Rokeach, 1973). Su trabajo escrito, *The Nature of Human Values*, aporta saber e influye en autores posteriores, así como la escala de valores que en él desarrolló. Con dicha escala, realiza la definición de los valores terminales humanos, siendo lo que se llega a ser, y afirma que es la indicación que toda persona utiliza con el fin de formar opiniones y actitudes. Estos valores se consiguen a través de la predicción y el comportamiento adecuado respecto a los contextos sociológicos, políticos y religiosos (Feather, 1990, 1992, 1995; García, Grimaldo, y Manzanares, 2016; López, 2010; Moreno y Marcaccio, 2017).

Siguiendo en la línea de la psicología social, encontramos algunos autores que explican cómo la relación de los componentes afectivos y cognitivos que tienen los individuos, aportan bienestar respecto a los valores que poseen (García, De-Juanas & López, 2016; García-Viniegras y González, 2000; Garzón y Garcés, 1989; Landa, Rovira

y López, 2004). Desde esta perspectiva, se entiende que los valores son sistematizados y tienen cohesión cultural, haciendo hincapié en que los valores son aquellos principios que guían la selección y evalúan los comportamientos y las situaciones (Montero, 2006; Schwartz y Bilsky, 1987). Con estos principios se construye la teoría de los tipos universales de valores (Schwartz, 1990, 1992; Schwartz y Bilsky, 1987), siendo representaciones cognitivas que cumplen tres criterios: cobertura de necesidades biológicas, interacción interpersonal de los individuos y exigencia social de búsqueda de bienestar del grupo con espíritu de supervivencia (Chiavenato, Villamizar y Aparicio, 1983; Salazar y Herrera, 2007).

En la actualidad, Schwartz (2017), desde el departamento de psicología de la Universidad Hebrea de Jerusalén, sigue llevando a cabo su proyecto de investigación, aportando nuevos datos respecto a la teoría de los valores refinados. Con estos estudios sigue contribuyendo al conocimiento de las realidades sociales en torno a los valores existentes, teniendo una tendencia centralizada hacia la cultura imperante.

A modo de resumen, los valores son considerados parte de la identidad individual y de las normas culturales establecidas; lo cual afecta a los comportamientos de los individuos y al grupo social, siendo todos elementos que guían las acciones que realizan los individuos (Marente y Cándido, 2007). También que los valores son las creencias que tienen una duración sobre la preferencia conductual del individuo, en menoscabo de otras conductas y estados finales (Ros, Gouveia y Álvaro, 2003).

1. 4. 3. Los valores desde una perspectiva sociológica

Desde una orientación más sociológica hallamos la obra de Inglehart (1990, 1997), siendo de gran relevancia sus aportaciones respecto a los valores. Este autor desarrolló la teoría del cambio intergeneracional de valores, en la que expresa que cuando los individuos tienen cubiertas sus necesidades básicas, entonces pueden aspirar a priorizar y valorar como necesaria la autorrealización, en línea con la teoría psicológica de la motivación humana, formulada por Maslow (1943).

En el Congreso Mundial de Valores Sociales del año 1983, Inglehart presentó un estudio denominado *Modernización y posmodernización: la cambiante relación entre el desarrollo económico, cambio cultural y político*, el cual reflejaba los movimientos que estaban existiendo y una serie de cambios que repercutían en la sociedad. Más adelante,

junto con un grupo de especialistas, Inglehart se interesó en realizar investigaciones respecto a los cambios culturales e hizo las comparativas mundiales respecto a los valores culturales en relación con ochenta países, datos que están recogidos en los informes *World values surveys and European values surveys, 1981-1984, 1990-1993, and 1995-1997* (Castells, 2001; Inglehart, 1990, 1997; Inglehart, Basanez, Diez-Medrano, Halman & Luijkx, 2000).

Otra aportación significativa la realizó el sociólogo Fichter (1908-1994) con sus estudios sobre los cambios que se estaban realizando en la sociedad norteamericana contemporánea, en los que indica que los valores están siendo modificados en pro de una nueva sociedad, tal como expresa en el siguiente extracto de su obra *La institución familiar en los Estados Unidos* “La complejidad y diversidad de la sociedad americana dificultan la síntesis y oscurecen el hecho de que hay una ética identificable o un sistema de valores que van surgiendo gradualmente” (Fichter, 1954, p.91). En síntesis, lo que el autor quiere expresar es que las pautas de comportamientos, los estratos sociales y los procesos de interacción en los cuales se contextualiza el ciclo vital de los individuos, tienen estrecha correlación con los valores sociales.

Por otro lado, Kluckhohn (1951) desarrolló una teoría sistemática de los valores en el marco del estructuralismo funcional. Con su teoría aportó saber con relación al concepto de valor, que vincula a “una concepción, explícita o implícita, distintiva de un individuo o característica de un grupo, sobre lo deseable, que influye en la selección de modos, maneras y propósitos disponibles de acción” (p. 395). A su vez, realizó una lista de las funciones que tienen los valores en relación con su entorno social (Sandoval, 2007).

En definitiva, la pretensión de la sociología como ciencia es aportar conocimiento de los valores que poseen los individuos en la sociedad. Estos son percibidos con un nivel de importancia, ajustándose a la conducta que tienen los sujetos dentro del contexto en el que se desenvuelven, siendo importantes las normas establecidas, así como los comportamientos con el resto de la comunidad (Echeverría, 2002, 2016; Sandoval, 2007).

1. 4. 4. Los valores desde una perspectiva educativa

En primer lugar, es imprescindible reseñar a la familia como el grupo humano primario más importante en la formación de los seres humanos, teniendo una responsabilidad notable respecto a la educación en valores. En este escenario, sigue siendo fundamental la colaboración de la escuela (Fabelo, 2015; Musitu, 2000).

Dentro de la institución educativa se produce un proceso por el cual las personas incorporan una serie de normas dentro de su aprendizaje habitual, donde reciben una serie de pautas de convivencia orientadas por principios y valores humanos. Hallamos pedagogos notables como Comenius (1592-1670), el cual subrayó la importancia de la escuela materna como la primera etapa de la educación. Otro aporte fue el realizado por Pestalozzi (1746-1827), basado en el desarrollo físico, moral y laboral del menor. Asimismo, hallamos a Froebel (1782-1852), quien expuso la importancia de la educación en las edades tempranas para el correcto desarrollo del niño y siendo la familia insustituible para la educación de los menores.

Desde estos primeros estudios se han seguido realizando investigaciones en relación con las potencialidades del individuo dentro de su desarrollo como ser humano, en los que se visualiza la escuela como la institución prioritaria de transmisión de valores. En línea con dicho argumento, hallamos que la educación en valores viene a ser definida como el proceso por el que se forja la personalidad de los individuos y en el que la asimilación del entorno natural y social es visto desde un punto de vista positivo (Mugarra, Pérez y Bujardón, 2011). En consecuencia, la educación en valores se vincula a la orientación de la personalidad, dirigida al desarrollo potencial del individuo y a la transmisión de valores e intereses que el individuo tiene respecto a la actividad social (D'Angelo, 1996). De todo lo expresado, podemos deducir que la educación en valores va encaminada a formar, preparar y educar a las personas en base a un juicio positivo de la realidad y en un sentido crítico y responsable, con un objetivo modificador (Gallego, 2015).

Para concluir, en la actualidad la perspectiva educativa y psicológica son de las ciencias que más interés muestran en contextualizar los valores de la sociedad, no siendo en ningún momento excluyente con las otras disciplinas, sino más bien complementarias y enriquecedoras conceptual y teóricamente.

1. 4. 5. Modelos teóricos globales contemporáneos

Actualmente, una de las aportaciones teóricas que suscita mayor interés dentro de la comunidad científica es la *perspectiva de la diferenciación social* desarrollada por Hofstede (1991). Este autor define la dimensión individualismo-colectivismo tomando como referencia la relación entre lo cultural y el resultado de indicadores como valores, creencias y actitudes, en contraposición con indicadores macrosociales. En esta línea, hallamos a autores como Schwartz (1994) y Trompenaars y Hampden-Turner (1997); estos últimos utilizaron siete dimensiones para explicar el comportamiento de los individuos dentro de una cultura: 1) universalismo - particularismo, 2) individualismo - comunitario, 3) neutralidad - afectividad, 4) especificidad - difusión, 5) logro - atribución, 6) orientación interna - externa y 7) percepción de tiempo secuencial - sincrónica.

Otras aportaciones a la teoría del individualismo versus colectivismo la hallamos en Triandis (1990, 1995), quien basa sus estudios en la teoría de los valores de Rokeach (1973) y la teoría de la estructura de los valores de Schwartz (1990, 1992, 2001), en la que encuentra una distinción entre los valores individuales y los culturales.

Tanto los estudios de Rokeach como los de Schwartz, son la prueba de la versatilidad de la que consta el estudio de los valores, dada su atemporalidad y su perfecta conjugación entre las diferentes disciplinas. Sin embargo, en ningún momento se obvian las aportaciones realizadas por otros autores, sino que enriquecen el saber respecto a la temática de los valores (Bond y Smith, 1996; Corzo, 2004; Chirinos, 2009; Hofstede, 1991; Inglehart, 1990; Markus y Kitayama, 1991; Nader y Solano, 2007; Ros, Grad, & Martinez-Sanchez, 1999).

1. 4. 5. a. Teoría de los valores de Rokeach

Rokeach (1973) definió el valor como la creencia permanente de un modo de conducta particular o estado de conciencia personal y social preferible a otros modos alternativos de conducta o estados de existencia (Grimaldo, 2008a, 2008b). De esta afirmación podemos deducir que el valor, como tal, es permanente dentro del grupo de cohesión social y que las conductas son los estados deseables que tienen las personas dentro de su ciclo existencial; en este sentido, el autor diferencia entre los valores instrumentales (morales, suficiencia) y los terminales (personales y sociales). Asimismo, explica que los

valores son estándares utilizados como guías que dirigen a la acción y sirven para realizar ciertos juicios valorativos. Por último, los valores también son deseables como meta implícita tanto a nivel individual como a comunitario, dado que lo deseable tanto para uno mismo como para el resto tendrá una cierta repercusión (Cota, 2002; Gallego, 2014).

El autor, en su obra *Understanding human values* (1979) – *Comprensión de los valores humanos* en su traducción al español – expone que los estudios de los valores, en su mayoría, se han nutrido de la filosofía, las ciencias del comportamiento, las ciencias sociales, la cibernética y algunas ramas de la biología y la física (Bucley, 1968; Deutsch, 1963; Pepper y Pepper, 1958; Rokeach, 1967, 1968, 2008; Wiener, 1954).

Siguiendo el modelo de Rokeach, otros autores señalan que los valores se aprenden durante toda la vida, interviniendo en ello la interrelación con los iguales, la familia, las instituciones, así como con los medios de comunicación (Guaman, 2013). Todos ellos son componentes culturales, los cuales tienen una función determinante a la hora de formar valores en los ciudadanos (Gallego, 2015; Gouveia, et al., 2010; Gardner, 1997; Lila, Musitu y Buelga, 2000; Rogers, Freiberg, y Soler, 1996).

El instrumento que Rokeach diseñó lleva por nombre *encuesta de valores* y consiste en dos listas de valores ordenados alfabéticamente (véase, Cuadro 1). En el primer listado se encuentran dieciocho valores que Rokeach denominó como *terminales* y los participantes deben proporcionar una jerarquización o valoración; estos valores representan los estados deseables, tanto a nivel personal como social. Por otro lado, en el segundo listado encontramos los dieciocho valores *instrumentales* y en este caso los participantes también deben aportar una jerarquización o valoración de ellos; estos valores, por su parte, representan las conductas en las cuales están basados los comportamientos en el nivel individual, así como una cierta naturaleza moral respecto al resto de la sociedad (Gallego, 2014; Manso, Sánchez, y Peña, 1998).

Cuadro 1.
Escala de valores de Rokeach.

VALORES TERMINALES	VALORES INSTRUMENTALES
Amistad verdadera	Afectuoso
Amor pleno	Alegre
Armonía interna	Ambicioso
Felicidad	Autocontrolado
Igualdad	Capaz
Libertad	Cortés
Placer	Honrado
Reconocimiento social	Independiente
Respeto de sí mismo	Imaginativo
Sabiduría	Intelectual
Salvación	Limpio
Seguridad familiar	Lógico
Seguridad nacional	Magnánimo
Sentido de cumplimiento	Obediente
Un mundo bello	Responsable
Una vida emocionante	Servicial
Una vida confortable	Valiente
Un mundo en paz	Tolerante

Fuente: Manso, Sánchez y Peña (1998).

A continuación, se hace referencia a otros autores que han seguido los postulados conceptuales y teóricos de Rokeach, por lo que los valores son considerados creencias que poseen las personas, es decir, estados finales y/o conductas deseables que trascienden a situaciones concretas sirviendo de guía en la selección y evaluación de las situaciones y comportamientos.

1. 4. 5. b. Teoría de los valores de Shalom H. Schwartz

La teoría de los valores de Rokeach (1973) es la base de los estudios de este autor y parte de las necesidades universales que tienen todos los individuos (Schwartz, 1992). Además, plantea una estructura de valores de nivel multidimensional en contraposición a otras que

Capítulo I. Los valores sociales

solo diferencian entre los individuales y los sociales, tal como plantean Gouveia et al (2010) y Rokeach (1973).

El autor identifica los valores con, las creencias en relación con las conductas deseables que trascienden situaciones específicas y sirven de guía en la selección y evaluación de los comportamientos, sucesos e individuos en función de la importancia que tienen frente a otros valores, formando una jerarquización (Schwartz y Bilsky, 1990, Schwartz & Rubel, 2006). Asimismo, considera que son metas transituacionales con relación a los intereses movidos por la motivación, por lo que pueden ser evaluadas respecto a la importancia que tienen y que sirven de guía en la vida de los individuos (Schwartz y Bilsky, 1990). Este autor ha llevado a cabo estudios relacionados con los valores universales y ha investigado sus diferencias en las distintas sociedades y culturas (Schwartz, 1990, 1992, 1994, 1999, 2001, 2003, 2006, 2009, 2010, 2012, 2017).

Durante la década de los ochenta, los cambios sociales, políticos y culturales, entre otros, hicieron posible la realización de estudios relacionados con las transformaciones existentes y, concretamente, con los valores que imperan en las nuevas sociedades. En dichos estudios se identifican nuevos niveles en las jerarquías de valores respecto a las realizadas en estudios previos. Así, Schwartz inicia sus investigaciones en estos años, no siendo hasta el año 2002 cuando el enfoque y la aportación que realiza es tomada en cuenta, haciéndose visible a través de la European Social Survey (ESS).

El marco de sus estudios procede de las corrientes del campo de la cultura política, así como del campo de la psicología social. Elabora planteamientos acerca de cómo influyen los valores de los individuos en sus actitudes y sus conductas, dentro de sus condicionantes sociales de interrelación social. Schwartz (1987) indaga en el campo social y hace visibles los valores humanos existentes, aportando así una correlación con la estructura universal respecto a estos. También, realiza análisis comparativos de los valores en diferentes contextos sociales (Schwartz, 1990), ahondando en los que son de índole colectivos e individuales desde una perspectiva intercultural (Schwartz, 1990, 1994). Además, aborda la vinculación de la religión con los valores universales de los individuos (Schwartz & Huisman, 1995).

Sus investigaciones han sido desarrolladas a partir de datos recogidos en encuestas realizadas a más de 25.000 personas en 44 países, concluyendo que la especificidad cultural existente marca una diferencia, llegando a formular hasta cincuenta y seis tipos

de valores. El autor parte de la premisa de que los individuos tienen la necesidad de interrelacionarse e intercomunicarse, marcando una serie de objetivos que serían comunes dentro de la sociedad de convivencia en la cual se generan dichas sinergias. En este escenario, la expresión lingüística dentro de la esfera cognoscitiva es puesta en funcionamiento para el empleo de los valores marcados e instaurados (Voloshinov, 2009).

Por otro lado, Schwartz y Bilsky (1987) iniciaron la construcción de una teoría concluyente de los tipos de valores universales, dadas las lagunas existentes en este sentido. Comienzan sus estudios, operativizando el concepto, en el cual aparecen ocho dominios motivacionales de los valores, siendo estos: disfrute, seguridad, poder social, logro, autodirección, conformidad social, restricción y madurez (Schwartz y Bilsky, 1987; Schwartz y Bizama, 2000). Estos dominios los utilizan dentro de los intereses de orden colectivo o individual, especificando el objetivo a conseguir, bien sea este terminal o instrumental. Para refutar su teoría realizaron análisis de sociedades como la alemana y la israelí, tomando como referencia la teoría de los valores de Rokeach (1973). Tras este análisis inicial y unos resultados concluyentes, realizaron otra nueva investigación con una muestra más reducida en otros países como Australia, Finlandia, Hong Kong, España y Estados Unidos; así, los resultados obtenidos constataron la existencia de valores universales diferentes. Más adelante, este autor diseñó una estructura del sistema de valores basada en su grado de prioridad en función de la motivación que tienen para el propio individuo y los valores que este posee (Schwartz y Bilsky, 1987).

Con las diferentes investigaciones y análisis realizados, Schwartz (1992), finalmente detalló once tipos de valores universales o básicos comunes en todas las sociedades, siendo estos: poder, logro, hedonismo, estimulación, autodirección, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad, seguridad y espiritualidad; sin embargo, este último no lo incorporó, ya que parece no ser reconocido en todas las culturas. Cada uno de estos valores enuncia un objetivo motivacional determinado, siendo estos los ítems de valor específico utilizados en los cuestionarios de los estudios que realizó (Schwartz, 1992, 2006).

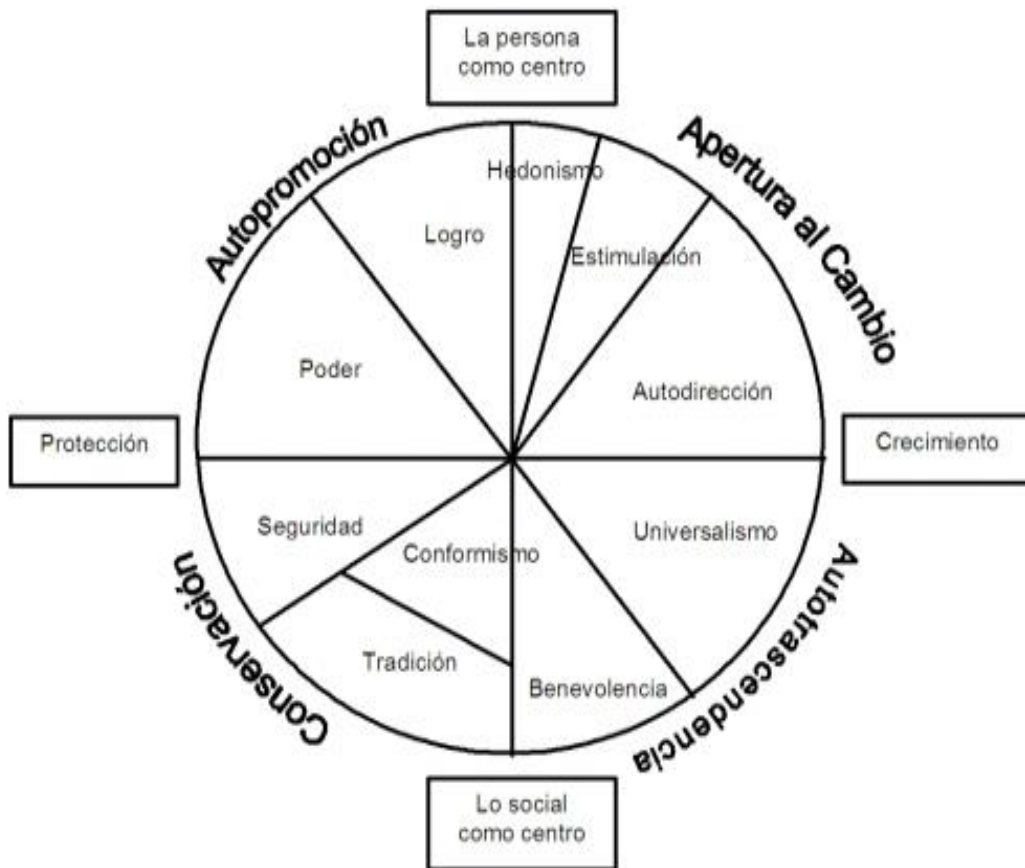
Estos diez valores básicos o genéricos, a su vez, son ordenados en cuatro tipologías o valores de orden superior que tienen un contenido motivacional: apertura al cambio, autotranscendencia, autopromoción y conservación (Cayón, 2008). Dentro de cada una de estas tipologías existe contradicción u oposición entre todos los valores

Capítulo I. Los valores sociales

básicos (véase, Figura 1), pues se representan ordenados en un continuo circular en el que están más próximos los que tienen más relación y son más congruentes entre ellos y aparecen enfrentados los dominios cuyo contenido entra en conflicto y son incompatibles entre sí (Delfino y Zubieta, 2011).

Figura 1.

Estructura circular de los valores según Schwartz.



Fuente: Delfino y Zubieta (2011, p. 107).

Tras la teoría propuesta, y con el fin de darle una validez, Schwartz (1992) elaboró el *cuestionario de valores* (en adelante, CVS), herramienta que sirve para medir los valores y las prioridades de los individuos. Así, de forma gráfica podemos visualizar en el Cuadro 2, los cuatro valores superiores, los diez fundamentales y la relación existente entre estos.

Cuadro 2.

Los valores superiores, fundamentales y los valores relacionados.

<i>VALORES SUPERIORES</i>	<i>VALORES FUNDAMENTALES</i>	<i>DEFINICIÓN</i>	<i>VALORES RELACIONADOS</i>
AUTOTRASCENDENCIA	UNIVERSALISMO	Tolerancia y preocupación por todas las personas y el medioambiente, así como entendimiento, comprensión e interacción grupal	Protección medioambiental, Armonía naturaleza, flexibilidad mental, justicia social
	BENEVOLENCIA	Mejora de la CV y el bienestar de las personas que habitualmente estamos en contacto	Amable, honesto, leal, responsabilidad amor, sentido y fin de la vida
CONSERVACION	TRADICIÓN	Respeto y compromiso con la cultura, así como con la religión.	Humilde, respetuoso, moderado, respeto por la tradición
	CONFORMIDAD	Control de los impulsos e inclinaciones naturales que pueda tener cualquier individuo, así como no violar las normas establecidas	Enaltecer a grupos necesitados, cortesía, autodisciplina
	SEGURIDAD	Persistencia social con uno mismo y con el grupo de interacción.	Seguridad estatal, reciprocidad de favores, orden interno social, seguridad familiar, sentimiento de pertenencia, salud comunitaria
AUTOPROMOCIÓN	PODER	Estatus social y prestigio sobre los individuos y los recursos existentes	Autoridad, riqueza, cuidado imagen pública y privada, Reconocimiento
	LOGRO	Éxito personal, consecución de metas y objetivos planteados de acuerdo con lo establecido socialmente	Ambicioso, inteligente, influyente, capaz, éxito personal
APERTURA AL CAMBIO	HEDONISMO	Placer, satisfacción personal	Disfrute de la vida, placer, permisivo ante los excesos
	ESTIMULACIÓN	Turbación y novedades dentro del ciclo vital.	Ruptura con la rutina, vida excitante, osado, atrevido
	AUTODIRECCIÓN	Autonomía de pensamiento, autodeterminación en toma de decisiones, investigación y curioso.	Curiosidad, libertad, creatividad, respeto, independencia, elecciones propias

Fuente: elaboración propia.

En resumen, los valores son las creencias unidas al afecto, son abstractos o generales, dependen del contexto en el cual se generan, son motivacionales, ya que generan conductas en las personas, están jerarquizados, porque pueden ser priorizados por el individuo, están insertos tanto en la sociedad como en el individuo y llevan anexas intrínsecamente acciones de motivación que ayudan al individuo a ejecutar movimientos.

1. 4. 5. c. Nuevas aportaciones teóricas a los valores sociales

Tal como hemos venido expresando, el constructo de los valores sigue siendo de gran interés en la actualidad dada su maleabilidad. En un contexto mundial donde las distintas sociedades están sujetas a permanentes cambios de índole social, económico y político, los estudios e investigaciones que se llevan a cabo son un fiel reflejo de la continuidad y énfasis que suscita este tema (Aguilar et al., 2004; Cayon, 2008; Estrada, 2012; Jaén, 2010).

Algunos trabajos diferencian la naturaleza de los valores, distinguiendo, por un lado, los de naturaleza subjetiva o intrínseca, como las creencias que dirigen las vidas de los individuos. Estos valores o creencias son añadidas tras una selección y se anexionan a la conducta del individuo, permaneciendo como un sistema claro que proporciona a los individuos un bienestar para tomar decisiones acertadas y elegir el camino que se adecue a sus necesidades (Cayon, 2008). Por otro lado, existen los valores de naturaleza objetiva o comunitaria, que son aquellos en los que prima una perspectiva más de índole social, siendo las circunstancias las que marcan las decisiones que toma el grupo respecto a los intereses comunes, teniendo como referencia la supervivencia de este (Fronzizi, 1945; Scheler, Gaos, y Romero, 1929). A su vez, Hartman (1973), fiel seguidor de Rokeach, aporta al sistema de valores un instrumento denominado *Hartman value profile* (HVP), traducido al español como *perfil de los valores* (1973), herramienta orientada a la medición de niveles de valor desde una perspectiva objetiva.

Por su parte, Hofstede (1980, 1991) expuso que los valores tienen cuatro dimensiones básicas de variación cultural: a) alta versus baja distancia en el poder, b) masculino versus femenino, c) alta versus baja evitación a la incertidumbre y d) individualismo versus colectivismo. Esta última dimensión fue la más utilizada por el autor, dado que en sus estudios se centró en medir tanto los niveles culturales como los

individuales. Un ejemplo de ello es la investigación que realizó entre más de cien mil empleados de la empresa IBM en más de sesenta países.

Triandis y colaboradores (1986, 1988), por su parte, aportaron una nueva visión en relación con el individualismo-colectivismo, contrapuesta a la concepción planteada por Schwartz (1990, 1994, 1995, 2001), quien consideraba que los valores sirven tanto a intereses colectivos como individuales. Por el contrario, Triandis hace referencia a la multidimensionalidad de los valores; es decir, por ejemplo, dentro del individualismo existen las dimensiones de ideocentrismo versus alocentrismo, siendo los valores independientes, así como las necesidades a cubrir respecto al grupo y al individuo.

Otro autor relevante fue Hernando (1999), quien elaboró el *cuestionario de valores de los adolescentes* para medir los valores de igualdad, solidaridad, libertad cívica, capacidad de diálogo, sentido de superación, prudencia, espíritu de cambio, motivación de logro, ideas y creencias, liderazgo, familia, trabajo y tiempo libre y ocio.

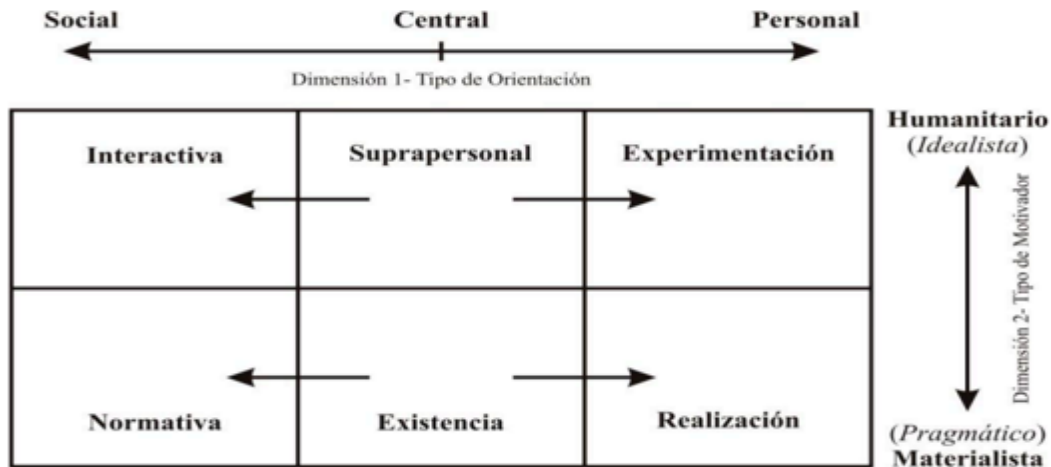
Por otra parte, Gordon (2003), en línea con la teoría de Schwartz, diseñó el *cuestionario de valores personales (SPV)* para medir el grado de intensidad relativa de seis valores personales propuestos: resultados, variedad, decisión, orden y método, metas o claridad de objetivos y, por último, practicidad. En España existe una adaptación de este cuestionario para una muestra de adolescentes y adultos españoles y argentinos (Seisdedos, 2003), el cual consigue aportar medidas dentro del dominio de los valores, dando una idea de cómo afrontan los ciudadanos sus problemas dentro de su vida cotidiana.

Por último, cabe mencionar a Gouveia, et al., (2010), quienes trataron de definir un marco teórico tomando como punto de partida la definición de los valores en términos funcionales e identificando cuáles poseen criterios de orientación que guían la conducta de las personas y expresan cognitivamente sus necesidades. Estos autores parten de cuatro suposiciones: naturaleza humana, base motivacional, carácter terminal y principios guía individuales; en correlato con una serie de características que deben tener los valores y sus funciones y, a su vez, hacen referencia a seis factores o subfunciones de carácter valorativo con sus indicadores asociados (véase, Figura 2). En definitiva, según su modelo, los valores son las funciones prioritarias y sirven de guía de las conductas y expresan las necesidades humanas.

Capítulo I. Los valores sociales

Figura 2.

Modelo de la teoría de las funciones de los valores.



Fuente: Gouveia, Santos, Milfont, Fischer, Clemente, y Espinosa (2010, p. 215).

El instrumento desarrollado por estos autores sobre valores básicos (QVB) se ha utilizado en cerca de setenta países y ha evidenciado datos relacionados con los valores de unos 1500 participantes. Los idiomas que emplea la herramienta son portugués y español e incluye bastantes ítems (Gouveia, 1998) para poder desarrollar versiones más abreviadas, como la realizada en el año 2003. La más utilizada en la actualidad consta de dieciocho ítems (Gouveia, 2013) con una serie de descriptores distribuidos a lo largo de seis subfunciones evaluativas, por lo que el encuestado debe indicar la importancia que le asigna a cada valor en una escala de uno a siete puntos. En la actualidad, dichos autores siguen realizando aportaciones respecto a las modificaciones existentes en los valores a lo largo de la vida del individuo (Gouveia, Vione, Milfont, & Fischer, 2015).

1. 5. Clasificación de valores

Iniciamos el apartado haciendo mención de Ortega y Gasset (1946), quien indicó que los valores están categorizados y desarrolló una clasificación de los valores sociales en: religiosos, vitales, morales, estéticos, intelectuales y espirituales, los cuales, a su vez, presentan subcategorías que les aportan una composición general. Este autor basó su teoría en los pasos generados previamente por Scheler (1938), quien expresó que la

independencia que tienen los valores es precisamente lo que nos permite jerarquizarlos o clasificarlos según las cualidades que tienen.

Marín (1993), por su parte, clasificó los valores en mundanos, espirituales y trascendentales. Este autor define que los valores mundanos pueden ser económicos o vitales; asimismo, los espirituales se dividen en morales, estéticos o contemplativos e intelectuales. En cambio, los valores trascendentales presentan solo una subcategoría en la cual entran en coalición la cosmovisión, la filosofía y lo religioso. Marín sostiene que las valoraciones del individuo fluyen entre el goce por la posesión, los sentimientos, la satisfacción y la certeza, la obligación y respeto por las leyes existentes, la contemplación, la felicidad y la desesperación, entre otros.

En líneas generales es posible realizar una agrupación sistematizada de los valores en dos grandes dimensiones: la subjetiva, que se deriva de la impresión que tienen los seres humanos en relación con los valores, y la objetiva, en la cual el contexto tiene cierta notoriedad. Los valores individuales o subjetivos, es decir, los de índole personal, se nutren de las interrelaciones personales, teniendo como fin alcanzar algún beneficio para el individuo y servir de guía para su vida. Rokeach (1973), asimismo, aportó una visión intrapersonal a los valores que ejecuta el individuo. Schwartz y Bilsky (1987, 1990), por su parte, hicieron alusión a los beneficios que recibe el individuo, mostrando los intereses que estos expresan (autodirección, poder, prestigio o privacidad, entre otros).

Los valores objetivos o socio-comunitarios ponen su mirada en la comunidad y en la interrelación del individuo con su entorno, en el cual se generan dinámicas. En esta línea, algunos autores se centran en los valores colectivistas (Ros y Gomez, 1997) y enfatizan la dependencia del individuo con los valores con los que se identifica y con los del grupo del que forma parte. El objetivismo tiene su origen en autores neokantianos como Windelband (1848-1915) o Rickert (1863-1936), quienes enfatizan que los valores poseen en su esencia la libertad, son lógicos, éticos y estéticos dentro de la trascendencia que tiene el objeto junto con el individuo (Corzo, 2004).

Por otro lado, existen categorías más genéricas, como son las que diferencian entre los valores humanos, naturales, económicos, políticos, sociales, estéticos, éticos y morales, entre otros (véase, Cuadro 3), siendo dimensiones que encuentran un espacio dentro de las teorías existentes.

Capítulo I. Los valores sociales

Cuadro 3.

Tipos de valores.

TIPOS	CONCEPTO
HUMANOS O SOCIALES	Aquellos, que son inmateriales a todas las sociedades siendo motivo de acción entre todos los componentes del grupo social, transmisores de principios básicos, teniendo una dinámica y una energía intrínseca común a todos los seres humanos.
NATURALES O VITALES	Aquellos, que tienen relación con la cobertura de necesidades básicas para la supervivencia como ser, relación directa con la vida, su fin es poseer una buena vida o calidad de vida y encajar en el entorno en el cual se habita.
PERSONALES	Valiosos, en la vida de las personas, pautas en las interrelaciones de calidad, se establecen en entornos formativos y familiares, generando jerarquía de valores.
FAMILIARES	Son las creencias y dinámicas establecidas en núcleos familiares. Se sitúan aquí los pensamientos, las tradiciones entre otros valores forjando identidad de los componentes del grupo familiar.
CULTURALES	Latentes en todas las sociedades, con vinculación en las creencias y actividades que se desarrollan en la sociedad, generan identidad y tienen cohesión con el orden y la norma establecida. Influyen los ritos, tradiciones, lenguaje común, arte entre otros valores.
AFFECTIVOS	Son aquellos, que proporcionan una relación interpersonal saludable y aceptable, dentro del espacio emocional.
ESPIRÍTUALES	Aquellos, que tienen una conexión con el ámbito religioso en el que la creencia se vincula al infinito.
ECONÓMICOS /MATERIALES	Vienen anexionado a la subsistencia del ser humano dentro de su hábitat, correlación con lo material, siendo elemento de cambio para hallar la satisfacción de las necesidades existentes.
POLÍTICOS	Los que aportan una serie de parámetros para generar un cierto espacio de convivencia adecuado a cada sociedad, dentro de este encontramos la libertad, la democracia, la paz, así como la justicia social normativa.
ESTÉTICOS	Son aquellos que su esencia es la belleza, se establecen relación con la armonía, la coherencia dentro del orden establecido por la naturaleza.
ÉTICOS/ MORALES/ RELIGIOSOS	Son aquellos, que vienen determinados por la sociedad. Respecto a los éticos, el individuo cumple con responsabilidad su integración en la sociedad como participante. En relación con los morales, viene anexionado a la conducta que el individuo tiene en su hábitat. Y en relación con los religiosos, muy cercanos a los espirituales, dirigidos hacia las creencias y prácticas de los credos existentes.
BIOLÓGICOS	Su marco de actuación es el estado de salud que posee la persona, tanto la que percibe como la que posee, en definitiva, es una búsqueda de bienestar. Con cierta vinculación con la educación, dado que aporta saber, autoreconocimiento de la salud, autocuidado en relación con la higiene, alimentos y necesidades de índole fisiológico que se puedan demandar.
EDUCATIVOS/ INTELECTUALES	Son aquellos, que se generan en el núcleo familiar y en los espacios educativos adecuados, en los que la transmisión de valores está vinculada al aprendizaje. Interrelacionados con los conocimientos, aportando saber.

Fuente: elaboración propia.

En definitiva, es posible señalar que no hay una única clasificación de los valores y que el contexto en el cual estén instituidos generara una jerarquía respecto a su orden y motivación, tanto personal como comunitaria. Hay que tener presente que las dimensiones de los valores humanos, culturales, morales y éticos existen en ámbitos y contextos diferenciados y tienen una composición suficientemente consistente como para generar sinergias dentro de las sociedades.

1. 5. 1. Dimensiones e indicadores de los valores

Tal como se ha ido comentando a lo largo del capítulo, el valor está categorizado, trasciende situaciones específicas en la búsqueda de estados deseables, posee grados o jerarquías en importancia y son la representación cognitiva que sirve de guía a la hora de tener que elegir. Para comprender lo expresado y ceñirlo al interés hacia valores sociales y las dimensiones que poseen, hay que entender que, dentro de su integridad como concepto, el valor entra a formar parte de las dimensiones espirituales o morales, de enjuiciamiento, de delimitación normativa, siendo estas, a su vez, también portadoras de valores.

La multiplicidad de dimensiones de los valores subjetivos y objetivos lleva a entender que no podemos sino universalizarlos y expresar la diversidad de dimensiones con las que cuenta, siendo importante la relación existente entre el bienestar del individuo y del grupo como meta dentro de los diferentes ámbitos de la vida que tiene toda persona (Casas, 1999; Durán, 2010).

Hacia los años noventa del siglo pasado se comenzó a trabajar en una unificación de dimensiones respecto a los valores sociales en la que la cultura y el nivel personal tuvieran un nexo común en todas las sociedades. Las vías de estudio transcultural solicitaron realizar un listado lo más ecuánime posible, dada la particularidad multidimensional del análisis de los valores y puesto que se pretendía comparar entre personas y grupos sociales (Castro y Nader, 2006).

Posteriormente, se avanzó hacia una revisión de la teoría planteada, realizando una agrupación bipolar o de dos dimensiones de los valores. La primera dimensión distingue entre la relevancia de los intereses de la persona en función de los grupos o colectivos, es decir, la priorización de los intereses propios. La segunda dimensión, por

Capítulo I. Los valores sociales

su parte, diferencia entre la seguridad y el orden vs. la independencia de acción y el pensamiento (Schwartz, Melech, Lehman, Burgess, Harris, & Owens, 2001).

Previamente, Inglehart (1977) y, más tarde, Gouveia et al. (2010), consideraron la bipolaridad de la dimensión, siendo los extremos el materialismo y el posmaterialismo. En otro orden, Hofstede (1984) consideró que la dimensión social y personal era la más importante y la que hay que tener en cuenta para la orientación humana. Por su parte, Gouveia et al. (2010) señaló que existe la dimensión funcional de tipo orientativa y la de tipo motivadora.

Además, es posible identificar diferentes perspectivas dimensionales como la filosófica, la comunicacional e incluso la tecnológica. Todo ello sin perder de vista los enfoques sociales o individuales y teniendo en cuenta que:

- La dimensión *filosófica* incluye la relación existente con la ética y la moral dentro de la filosofía práctica (Cota, 2002).
- La dimensión *comunicacional* es aquella que traslada mensajes que llegan a la sociedad; seleccionándolos y transfiriéndolos y teniendo en cuenta la heterogeneidad, el estrato social y la formación (Arapé, 2005).
- La dimensión *tecnológica* se refiere a la virtualidad en la comunicación y en la recogida de información, generando nuevos saberes, así como nuevas modificaciones de los valores previos a la interacción con Internet (Cariaga, 2014).

Desde la perspectiva psicológica, las dimensiones vienen definidas por las dinámicas psicológicas existentes respecto a la compatibilidad e incluso el conflicto que la propia persona experimenta cotidianamente cuando en su vida diaria se orienta hacia la consecución de algún valor (Grad, Ros, Alvero y Torregrosa, 1993; Ros y Grad, 1991; Schwartz, 1992; Schwartz y Bilsky, 1987). Desde esta perspectiva las dimensiones a tener en cuenta son:

- La dimensión *cognitiva*, en la que se incluyen las creencias, ideas y percepciones, todas perfectamente interconectadas a las representaciones mentales, forjando en el individuo una imagen de un cierto saber.
- La dimensión *funcional*, en la que los individuos, en su dinámica social, tienen una serie de conductas o comportamientos. En esta dimensión son las ideas

las que centralizan el movimiento que debe ejecutar el individuo, siendo este el perfecto catalizador de las motivaciones básicas.

- La dimensión *afectiva*, aquella que se interrelaciona con los sentimientos y proporciona un referente y un significado del valor. Es la dimensión fundamental para el crecimiento y desarrollo tanto individual como del conjunto de la sociedad.

Asimismo, también existen trabajos relacionados con la educación en valores. Dentro de dicha formación se ha podido identificar que las dimensiones que mayor interés proyectan son las de índole moral, así como las valorativas básicas. Entre ellas se encuentran la económica, la de autoconciencia y la institucional; asimismo, se le da importancia a la religiosidad y a la dimensión ética (Murillo, 2003).

Por consiguiente, la pluridimensionalidad de los valores nos lleva a asumir que no nos podemos ceñir a una sola dimensión, sino que todas ellas hay que conjugarlas adecuadamente. En este sentido, todos los valores aportan y son importantes (estéticos, sociales, humanos, políticos, económicos, intelectuales, etc.), pues en su conjunto contribuyen a forjar la personalidad del individuo y de todo el grupo.

En otro orden, mencionamos los indicadores de los valores, los cuales se verán condicionados por los instrumentos de medición utilizados, así como por el contexto en el cual se usen. Un indicador es una medida de resumen de carácter estadístico que hace alusión a una serie de atributos que tiene una sociedad y permite clasificar según ciertos parámetros para después realizar mediciones. Por consiguiente, los indicadores se irán marcando en función del momento y del contexto en el cual se quiere realizar la medición. La gran mayoría de los estudios realizados sobre esta temática tienen como contexto los espacios formativos y por ello utilizan indicadores relacionados con el aprendizaje de los jóvenes en las aulas, la interacción existente, el cumplimiento de las normas, el respeto y la valoración hacia los otros, la transferencia de los valores a la sociedad, la convivencia en la comunidad o las habilidades para la convivencia, entre otros (Grande, 2010; Sandoval, 2014; Superka, 1973).

1. 5. 2. Instrumentos de medición de los valores

Uno de los principales problemas que se ha detectado a la hora de realizar la medición de los valores es la escasez de instrumentos existentes. Además, observamos que la subjetividad del concepto hace que los valores se deban clasificar en dos polos opuestos, es decir, en positivos o negativos y en ocasiones eludiendo el contexto en el cual germinan. Lo más interesante es que la objetivación mediante la triangulación de los instrumentos de medición hallados es notoria en la mayoría de los aportes por parte de la comunidad científica, dado que realiza una contribución cercana a la realidad existente. Desde la red mundial de científicos sociales, World Values Survey (WVS), se realizan estudios con el objetivo de identificar los cambios de valores y su impacto en la vida política y social de las sociedades. Desde el año 1981, esta red recoge información de los valores existentes en la mayoría de los países del mundo.

En las siguientes líneas desarrollamos una panorámica de los instrumentos de medición más utilizados en los últimos estudios:

- Cuestionario value survey o RVS (Rokeach, 1967, 1973). Se trata del instrumento más conocido y más utilizado para medir valores y se orienta a distinguir entre los valores instrumentales y los terminales. Los instrumentales serán los de carácter psicológico y aquellos que hacen alusión a las preferencias que se tienen para hacer las cosas. Por su parte, los valores terminales son los estados finales preferidos. El autor indica que la fiabilidad del instrumento es de .78 a .69 para los valores terminales y de .71 a .61 para los valores instrumentales (Rokeach, 1973). Algunos teóricos afirman que este es un instrumento idóneo para realizar mediciones tanto a nivel individual como grupal de las estructuras de los valores (Johnston, 1995).
- Cuestionario de valores contextualizados o VAL (Casullo y Castro, 2004, 2005). Es un instrumento adaptado y validado por la comunidad científica. En este cuestionario los valores analizados son los siguientes: poder, logro, hedonismo, estimulación, autodirección, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad. Está diseñado para medir valores humanos en un contexto específico, en el cual se visualizan tres dimensiones: recreación y vida social, trabajo y relaciones de familia (Casullo y Castro, 2004; Depaula, 2012).

- Cuestionario descripción organizacional o ODQ (Bass & Avolio, 1992; Castro y Nader, 2009; Nader, Lupano, y Castro, 2006). Esta herramienta consta de veintiocho ítems relacionados con la cultura de la organización, la cual es entendida como el conjunto de valores y creencias que comparten los miembros de esa empresa. Se diseñó para evaluar la cultura organizacional y sigue el modelo anterior de Bass y Riggio (2006).
- Cuestionario de valores chinos o CVS (Grad y Schwartz, 1998). La finalidad de esta herramienta es conseguir visualizar la estructura del sistema de valores en el confucianismo con perspectiva indígena. Parte de una correspondencia entre los dominios del confucianismo y los valores de orden superior de interés colectivista, eso es, trascendencia y conservación (Schwartz, 1992). Con el análisis de este estudio se encontró validez transcultural para el modelo estructural de Schwartz.
- Cuestionario de perfil de valores personales (Portrait Values Questionnaire) o PVQ (Castro y Nader, 2006; Schwartz, 1992, 1994, 2001; Schwartz y Bilsky, 1987). Es una escala de evaluación y medición de los valores humanos basada en la taxonomía de los valores universales de Schwartz (Castro y Nader, 2009) y diseñada para un contexto concreto en el que el idioma y la cultura son diferentes. Para la elaboración de este cuestionario se realizó previamente una adaptación transcultural del instrumento de Serra-Sutton y Herdman (2001), utilizado en una investigación de los valores personales y autoestima colectiva en docentes. La adaptación aportó una equivalencia lingüística, cultural y semántica entre Venezuela y España respecto al original en inglés (Peiro y Palencia, 2009). Además, se han llevado a cabo estudios de análisis acerca de las propiedades psicométricas del instrumento, más en concreto de la versión reducida de veintiún ítems, con la que se evaluó su estructura y consistencia interna, dando como resultado buena confiabilidad en las dimensiones conservación, apertura al cambio y autopromoción (Imhoff & Brussino, 2013; Schwartz & Rubel, 2006).
- Cuestionario de escala de valores de Schwartz (Schwartz Value Survey) o SVS (Schwartz, 1992, 1996). Se trata de uno de los instrumentos de medición más utilizado a nivel mundial. En él aparecen agrupados los diez tipos de

valores, eso es: poder, logro, hedonismo, estimulación, autodirección, seguridad, tradición, conformidad, benevolencia y universalismo. A su vez, estos se agrupan en cuatro valores de orden superior, formando dos dimensiones bipolarizadas: trascendencia versus promoción personal y apertura al cambio versus conservación. En español se emplea el instrumento adaptado de Ros y Grad (1991) en el que las respuestas vienen dadas en intervalos que van del 0 al 7 (siendo el 0 nada importante en mi vida y 7 de extrema importancia). El cuestionario aporta una adecuada fiabilidad con un alfa de Cronbach de .86.

- Encuesta mundial de valores (World Values Survey) o WVS, promocionando un nuevo cuestionario, el VSH-7, cuya primera aplicación se realizó entre los años 2016 y 2018 y prevé repetirse cada cinco años. El cuestionario consta de 290 preguntas y mide los valores culturales, creencias y actitudes hacia el género, familia, religión, actitudes y experiencia de la pobreza, educación, salud y seguridad, así como tolerancia social, confianza, actitudes hacia las instituciones y diferencias y similitudes culturales entre regiones y sociedades. Esta encuesta aporta información que precisaba la ONU, en relación con el desarrollo sostenible. Diseñado originalmente en inglés, ha sido traducido al idioma de cada país donde se aplicará la encuesta.

Por último, señalamos que la medición de los valores es relevante en el escenario actual de constantes cambios estructurales, estando afectadas, de una u otra manera, todas las sociedades y culturas. Llevar a cabo estudios de medición con los instrumentos adecuados implica tener una serie de indicadores adaptados al contexto en el cual se va a realizar dicha investigación.

1. 6. Relevancia de los contextos en los valores

El concepto contexto hace referencia al conjunto de entornos, ambientes, macrosituaciones y ámbitos en los cuales se desenvuelve el ser humano. A modo de ejemplo, existe el contexto familiar, el laboral-profesional, el cultural, el escolar o el social, entre otros (Tobón, 2008).

Tal como hemos ido expresando a lo largo del capítulo, entendemos que los valores tienen una cierta significación dentro del contexto en el cual se desenvuelven y

respecto a su población, dado que el individuo vive, aprende y se desarrolla en entornos constituidos por el conjunto de la sociedad en el que los conocimientos, valores y vivencias son elementos activos y con un valor propio (Fronidzi, 1958; González, Kraftchenko, Ojalvo, y Rojas, 2000; Gouveia, 1998; Wallon, 1947).

Identificar el contexto con el ambiente o entorno es hacer referencia al espacio en el que se dan una serie de circunstancias idóneas para que las personas y la comunidad se intercomunicuen e interrelacionen entre sí. En este contexto se forjan una serie de rasgos relevantes y visiones compartidas entre todos, siendo para los valores el contexto cultural uno de los más importantes (Inglehart, 1998; Melgarejo, 2014; Ros, 2002; Schwartzmann, 2003).

Por otro lado, hemos mencionado también a la población o grupo de interés como el componente más importante dentro del contexto. Merton (1965) hace una definición de grupo como el conjunto de individuos que interaccionan con unas reglas establecidas y con una frecuencia en sus interacciones en espacios próximos (Inglehart, 1990; Mazurek, 2018; Moriano et al., 2001; Villanueva, 2003).

Asimismo, este autor define la colectividad como el conjunto de individuos que, incluso sin existir interacción ni contacto entre ellos, tienen un cierto sentimiento de solidaridad en el que se comparten valores y sentimientos de obligación moral, impulsándolos a responder frente a las expectativas que tienen respecto a los roles asociados (Castro, y Nader, 2006; Corzo, 2004; Chirinos, 2009; Nader y Solano, 2007; Yarce, 2006).

En relación con el contexto formativo-laboral - de especial interés para el propósito de esta tesis - las competencias adquiridas por los individuos en los espacios formativos, servirán para desarrollar una correcta inserción al mundo laboral. Sin embargo, vinculado a la adquisición de dichas competencias, debe de existir un compromiso ético en el que la actuación del profesional tenga una responsabilidad consigo mismo y con la sociedad, con la propia especie humana y con el medioambiente, teniendo como base los valores universales de justicia, paz, respeto a la diferencia, tolerancia y medioambiente, entre otros (Tobón, 2008).

Por otro lado, en el contexto educativo los valores se operativizarán de forma individual y social, autorregulando el sistema social y marcando los parámetros dentro de los sistemas establecidos y las normas implantadas (Bolívar, 2001), siendo, así,

transmisores de conocimiento (Marente y Cándido, 2007). Además, los valores tienen una función que cumplir dentro del contexto social, siendo una condición explícita o implícita de lo que los individuos o la comunidad en su conjunto hacen como deseable, siendo de esta manera una selección de la acción que se precisa realizar (Kluckhohn, 1968).

Con lo expresado, en la actualidad se tendrá en cuenta que los contextos laborales en ámbitos de salud están teniendo especial relevancia en la población, siendo los profesionales sanitarios, los individuos que aportaran mejoras en relación a la salud de los sujetos y los valores sociales de los profesionales los que generaran calidad en la mejora de la salud (Bezerra et al., 2013). En definitiva, después de la revisión realizada todas las bases teóricas planteadas, el modelo de Schwartz (2001) se plantea como el modelo referencial más adecuado para esta tesis, dado que aporta uno de los instrumentos fundamentales en nuestro estudio.

1.7. Síntesis

A lo largo del capítulo hemos constatado que el tema de los valores sociales está de plena actualidad, prestando especial atención a los valores humanos como punto de inflexión en nuestras sociedades (Borg, Hermann, Bilsky, & Pöge, 2019; Cabrero, 2006; Corzo, 2004; Moreno, 2009; Schwartz y Bilsky, 1987; Tarabini y Montes, 2015).

Los cambios acaecidos en los últimos años han generado nuevas estructuras dentro de todos los contextos sociales; eso sí, contando con la flexibilidad y adaptación a la cultura que ostentan los valores sociales (Amador y Esteban, 2015; Gomez, 2017; Schwartz, 1992).

Tal es el interés a nivel mundial que en la Conferencia para el Fórum de Buena Voluntad (2016) se expresó que los valores son aquellos condicionantes emergentes y cambiantes que dan sentido de responsabilidad y se expanden; concediendo a la familia un protagonismo, por la calidad de vida que proporciona al individuo (Peralta et al., 2016). A su vez también, desde hace siglos ha venido anexionado a conceptos como el bien, la belleza, la felicidad, la virtud, etc. (Álvarez, 2007; Gracia y Cortina, 2010), siendo la guía de comportamientos y aspiraciones de las personas y de las propias sociedades (Álvaro, 2017; Schwartz, 1992, 2001).

Los diferentes puntos de vista filosófico - con la axiología como ciencia específica que estudia los valores -, psicológico - con la psicología social como la rama que más énfasis ha puesto en el estudio de los valores sociales -, educativo - desde la formación en valores como alternativa educativa - y sociológico, concluyen que los valores tienen un papel central en las sociedades, inherente a la búsqueda racional de comprensión hacia el mundo natural (Cayón, 2008). Esto se vincula a lo expresado por los clásicos griegos, para quienes la virtud y otras actitudes derivadas de la cultura imperante ayudaban a los individuos a realizar preferencias de valor (Castells, 2001; Inglehart, 1977, 1990; Schwartz, 1992, 1994, 2001).

Además, se encuentra consenso entre autores, los cuales tienden a realizar una jerarquización de los valores. Scheler (1941), por ejemplo, clasifica los valores como agradables y desagradables, vitales, espirituales y religiosos. Por otra parte, Frondizi y Frondizi (1972) hace distinción entre valores subjetivos y objetivos, jerarquizando en valores inferiores, intermedios y superiores. Asimismo, Rokeach (1973) los divide entre instrumentales o modos de conducta y terminales o existenciales. Por último, Schwartz (1992), que sigue las bases teóricas de Rokeach, propone la existencia de diez valores universales, entendido como metas deseables que tienen todos los individuos.

La teoría de Rokeach (1973) tuvo en cuenta el estado de salud de los individuos, siendo esta dimensión una de las más básicas y solicitadas y aportando a la calidad de vida una doble importancia. Por un lado, el nivel de salud que afecta directamente a la percepción que se tiene de esta y, por otro lado, la repercusión que tiene en el resto de los valores, estando estos presentes en la calidad de vida; como son el ocio, la autonomía, las relaciones sociales, el trabajo, las relaciones sociales, etc. En concordancia con lo expresado hallamos a Schwartz (1992), quien tomó como punto de partida la teoría de valores de Rokeach (1973) para su propia formación del sistema de valores (Gallego, 2014).

Tras la revisión de los modelos e instrumentos de medición existentes, cabe resaltar que las propuestas realizadas por Rokeach (1973) no resultan idóneas para poder evaluar adecuadamente los valores, dado que parten de la mera observación y pueden llegar a ser datos no objetivables e influidos por los efectos de la deseabilidad (Gallego, 2014). En cambio, la propuesta realizada por Schwartz (1992, 2001) sí resulta adecuada, debido a la alta aceptación que goza el modelo entre la comunidad científica, por lo que

Capítulo I. Los valores sociales

se entiende que es la más pertinente a los objetivos planteados en la presente investigación.

Asimismo, se clarifica la importancia de los contextos como aquellos espacios que ejercen influencia en los individuos a la hora de tomar decisiones. Se hace hincapié en los contextos educativos y laborales como vías prioritarias del orden social, dado que aportan a la sociedad calidad de vida a los ciudadanos con la transmisión de los valores inherentes al ciclo vital de los sujetos (Brunner, 2000; Frondizi, 1958, 1992; González et al., 2000; Gouveia, 1998; Schwartz y Ros, 1995; Schwartz et al., 2012; Wallon, 1947).

Más adelante, en el capítulo III se profundiza en el tema de los valores, más concretamente en la interrelación existente con la CV; para ello, previamente en el capítulo II que figura a continuación, se analizará en detenimiento este segundo concepto clave para la tesis.

Capítulo II

La calidad de vida

2. 1. Presentación

La OMS (1994), en asamblea general decidió conceptualizar la CV como la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus inquietudes, normas, expectativas, objetivos y metas.

La mejora de la CV de las personas se ha convertido en un reto relativamente reciente para todos los estados, siendo una cuestión prioritaria el que los ciudadanos tengan una percepción aceptable respecto a su CV recibiendo especial consideración la salud (Oblitas, 2004a, 2004b; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2010; Vinaccia, Quiceno, Lozano, y Romero, 2017).

En las últimas décadas se han llevado a cabo investigaciones en relación con la CV de los individuos, en diferentes contextos y con diferentes perfiles poblacionales (Ardila, 2003; Aymerich et al., 2005; Aymerich-Andreu, Casas-Aznar, Planes-Pedra, y Gras-Pérez, 2005; Azpiazu, et al., 2002; Cardona-Arias & Higueta-Gutiérrez, 2014; Cebrián, 2017; García-Calvente, Mateo-Rodríguez, y Maroto-Navarro, 2004; Gómez y Sabe, 2001; Riaño-Galán, García-Ruiz, Rodríguez, y Álvarez-Arregui, 2016; Schalok y Verdugo, 2003; Setien, 1993).

En la actualidad, los contextos o ámbitos que están generando más preocupación e interés entre los ciudadanos están siendo los de índole laboral y de salud; y como cohortes de interés, los profesionales sanitarios; estos son vistos como promotores de bienestar y de CV (Fernández et al., 2016; García-Viniegras y González, 2000; García, Gálvez, & Rodríguez, 2009; Grimaldo y Bossio, 2015). Una de las ideas principales que tienen los estados es que la existencia de profesionales con una percepción de su CVP suficientemente positiva y satisfactoria, repercutirá de forma positiva en el resto de la población (Fernández Ríos, 1999; Jiménez y Gómez, 1996; Jiménez y Moyano, 2008; Lau, 2000; Mejía, Morales, Orellana, y Lorenzo, 2017; Sun, 1988).

El constructo CV está siendo entendido como el bienestar social de los individuos, siendo incorporado al lenguaje de forma cotidiana (Alguacil, 2000; Bobes, González, Bousoño y Suárez, 1993; Levy y Anderson, 1980; Solomon et al., 1980; Setián, 1993). En este sentido, cuando hablamos de CV estamos haciendo alusión a las condiciones o elementos que afectan directamente al individuo, siendo estos factores de orden subjetivo

u objetivo, en el que lo cultural o material tiene un sentido dentro del ciclo vital de los sujetos (Alpi, Quiceno y Munévar, 2016; Cardona y Agudelo, 2009).

De las características que definen la CV es importante destacar que se trata de un concepto multidimensional y dinámico; está en constante revisión, análisis y evaluación, siendo un constructo relevante en la actualidad (Higueta-Gutiérrez y Cardona-Arias, 2015; Mazuecos, 2015; Schwartzmann, 2003; Segurado y Agulló, 2002; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012; Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002a, 2002b).

El constructo se estudia en infinidad de contextos, siendo relevantes las aportaciones realizadas desde diferentes disciplinas como la psicología, la sociología, la medicina y la educación (García-Viniegras y González, 2000; Oblitas, 2004a; Segurado y Agulló, 2002; Setien, 1993; Siegrist, Fernández-López, y Hernández-Mejía, 2000). Es relevante clarificar que dicho constructo no ha de ser confundido con el nivel de vida, dado que esta terminología está más asociada a los ingresos que tiene el individuo (García-Viniegras y González., 2000; Latouche, 1996; Sen, 2001).

En el presente capítulo se parte del constructo de CV como un concepto amplio que tiene en cuenta, entre otras variables, el estado de salud, el estado psicológico, las relaciones sociales y las relaciones con el entorno, siendo ámbitos que afectan a las personas como ser biopsicosocial (Duran, García, & Prieto, 2017; Lezaun, 2006; Pérez, 2015; Pérez, Arroyo, y Romero, 2008; Vanegas y Gil, 2007).

Se inicia este apartado, de forma general, con la revisión sistematizada de las principales teorías que conceptualizan y enmarcan la CV. De manera más específica, se analiza el interés por los contextos, siendo los laborales los más relevantes en estos últimos años (Oblitas, 2004b; Rodríguez, Matud, y Álvarez, 2017; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2010).

En definitiva, inicialmente se realiza un recorrido histórico enumerando las aportaciones relacionadas con la CV para continuar con las dimensiones que más interés han suscitado a lo largo del tiempo y que son componentes de dicho constructo; no sin antes realizar una profundización dentro del contexto laboral, siendo este el foco de atención principal del presente trabajo. Los resultados de este trabajo de búsqueda y elaboración de información han dado lugar a cada uno de los apartados de este capítulo.

2. 2. Aproximación al concepto calidad de vida

El siglo XXI viene marcado por un crecimiento mundial de la población, con una fuerte interrelación de los ámbitos sociales, económicos, laborales, sanitarios, etc., aportando a la población occidental una percepción de su CV más o menos aceptable en relación con los cambios que se han realizado (Carrasquel, 2016; Gómez y Sabeh., 2001; Mazuecos, 2015; Oblitas, 2004b; Vinaccia-Alpi et al., 2017).

Es importante clarificar que al referirnos al término CV estamos haciendo alusión a un término relativamente joven, ya que su nacimiento se centra en los años sesenta-setenta del siglo pasado. En un inicio se quedó en espacios disciplinarios e intelectuales, para después trascender al terreno público, social e incluso político (Alonso, 2003; Ardila, 2003; González, 2002; Hagerty et al., 2001; Schalock y Verdugo, 2003; Setien, 1993; Vinaccia et al., 2014).

El concepto de CV, debido a su complejidad multidimensional, varía dependiendo del entorno o contexto social e histórico en el que se maneja, teniendo a lo largo de la historia connotación de eufemismo (Arango, 1993; Rojas-Martínez et al., 2017; Verdugo y Jordán, 2001). Tiene asociación con el bienestar o buena salud de los individuos, siendo considerada una meta de desarrollo dentro de las sociedades avanzadas (Aragonez y Amerigo, 1987; Moral, Gascón y Abad, 2014; Pérez Serrano y De-Juanas, 2013; Urzúa y Navarrete, 2013; Vázquez, Hervás, Rahona, y Gómez, 2009). Hay que comentar, que el bienestar está asociado con la cobertura de las necesidades humanas básicas que tienen las personas, las cuales son dinámicas y cambiantes, dependiendo del periodo histórico donde se den y por las diferentes maneras de cobertura (Durán, 2010; Olmos y Haydeé, 2008). Por consiguiente, los individuos con una buena CV es indicador de tener un bienestar adecuado y una satisfacción con la vida (Arriagada, 2004; Barrio, 2018; De-Juanas, Limón y Navarro, 2013; Durán, 2010; González, Melo, y Limón, 2015; Martínez, Vergel, & Zafra, 2015; Ryff y Keyes, 1995; Schalock y Verdugo, 2007; Schwartzmann, 2003; Setien, 1993; Vinaccia y Orozco, 2005).

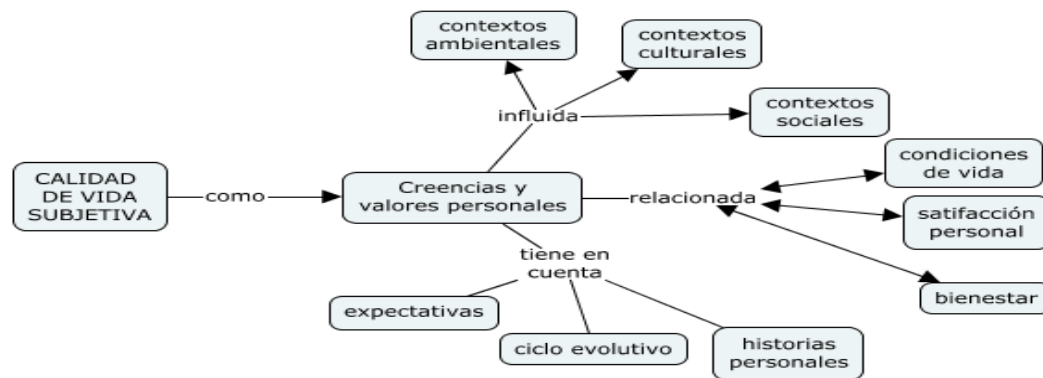
Inicialmente, los estudios con relación a la CV estaban enmarcados en el ámbito objetivo. En estas investigaciones se tuvieron en cuenta los condicionantes de bienestar material, relaciones armónicas ambientales y comunitarias y percepción de salud objetiva, entre otras variables cuantificables y medibles, aportando información a través de escalas y cuestionarios (Aignerren, 2008; Ardila, 2003; Celemín, Mikkelsen, y Velázquez, 2015;

Grimaldo, 2010a). El propósito era evaluar dentro y fuera del grupo referencial, teniendo en cuenta el sistema de valores, en el que la cultura tenía influencia, así como el contexto (Ardila, 2003; Cardona y Agudelo, 2009; Celemín et al., 2015; Lawton, 1999; Levy y Anderson, 1980; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012; Verdugo, 2018; Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso, y Quintero, 2011).

Años más tarde, se muestra interés por los factores subjetivos que repercuten de alguna manera en la CV, dado que las personas crean interpretaciones y valoraciones de las expectativas que tienen y esperan y acerca de cómo viven su ciclo vital (véase, Figura 3). Los hechos y objetivos que envuelven el ciclo vital de los sujetos serán vistos como historias de vida personal, en el que las creencias y los valores tienen repercusión en la CV subjetiva (Cummins, 2000; Cummins & Cahill, 2000; García-Viniegras, 2005; Noriega, Velasco, Pérez-Rojo, Carretero, Chulián, & López, 2017; Sánchez y Tovar, 2017; Schwartzmann, 2003; Verdugo y Sabe, 2002).

Figura 3.

Calidad de vida subjetiva.



Fuente: elaboración propia.

En consecuencia, se puede aseverar que la CV subjetiva hace referencia a las condiciones de vida que tiene todo ser humano, las cuales vienen determinadas por una vida digna, placentera, pletórica y llena, sin obviar la cultura en la cual se desenvuelve el individuo así como los valores instaurados, siendo el fin conseguir la felicidad (Alarcón, 2017; Ardila, 2003; Celemín et al., 2015; Cuervo-Arango, 1993; Cummins & Cahill, 2000; Gómez et al., 2001; Ryff, 1989; Urzúa et al., 2012; Verdugo, 2018; Vinaccia et al., 2011; Watanabe, 2005).

Capítulo II. La calidad de vida

El concepto *nivel de vida* de forma habitual se utiliza como sinónimo de CV. No se debería de confundir ya que el nivel de vida hace alusión a la esfera económica, y no incluye las dimensiones psicosociales ni ambientales, mientras que para la CV sí que tienen importancia (Gamarra y Mar, 2010; García-Viniegras, 2005; Latouche, 1996; Segurado y Agulló, 2002; Sen, 2001). Entrar en esta confusión es no ver la realidad, ya que los términos asociados y empleados como sinónimos de CV suelen ser *felicidad, bienestar, satisfacción, desarrollo personal o autoestima*, entre otros; siendo estos mismos los antecedentes de la CV (García-Riaño, 1991; González, Hidalgo, y Salazar, 2007).

En su momento, la teoría de Maslow (1943) clarificó que lo más importante para las personas es cubrir sus necesidades básicas, lo cual les permite mantener un buen nivel homeostático o de subsistencia. La cobertura de estas necesidades se ha definido como la oportunidad que tiene el ser humano de vivir un desarrollo vital satisfactorio, con una participación comunitaria saludable. Al cubrir la subsistencia y la protección, surgen más necesidades como, por ejemplo, la interrelación social comunicativa, la participación, el afecto, el ocio, la innovación, la creación, la identidad, la igualdad, etc. (Hilda y Aguirre, 2018; Noriega et al., 2017).

Como concepto, la CV se ha utilizado habitualmente para expresar el motivo de cambio que tienen los individuos en aras de lograr un ciclo vital satisfactorio; estando una gran cantidad de definiciones condicionadas al estudio de dimensiones con repercusión en áreas que tienen mayor importancia para el ser humano (véase, Cuadro 4). Por grado de importancia encontramos que la salud que tienen las personas está siendo utilizado en todos los ámbitos de la vida cotidiana; aportando suficientes datos e información de la población respecto a la cobertura de necesidades primarias como la educación, la cultura, la vivienda, el trabajo o la salud, entre otras (Maslow, 1943; Max-Neef, Elizalde, y Hopenhayn, 2010; Salas y Garzón, 2013).

Por lo tanto, el constructo vendrá influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, sus relaciones sociales, su nivel de independencia, así como por su relación con el entorno (De-Juanas et al., 2013; Mazuecos, 2015; Munuera, Mateo, Albert, y Tijerina, 2015; Ros y Grad, 1991).

Cuadro 4.

Autores y definiciones más reconocidas por la comunidad científica de la CV.

AUTOR/ES	DEFINICIÓN
Shaw (1977)	La define de manera cuantitativa y objetiva diseñando una ecuación que determina la CV individual, en la cual aparece la dotación natural de la persona, la contribución que se hace desde su familia y la contribución que realiza la sociedad.
Hörnquist (1982 y 1989)	Es la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave (física, social, psicológica, social, material, estructural, de actividades), con especial énfasis en el bienestar del individuo,
Setién (1993)	El grado que una sociedad posibilita a la satisfacción a las necesidades de los ciudadanos, se manifiesta en condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social y el sentimiento subjetivo que aporte la satisfacción de sus deseos, socialmente influidos y de su existencia.
OMS (1994),	Es la percepción que tiene el individuo de su posición de vida en el contexto de cultural y sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones.
Opong et al., (1987)	Las condiciones o experiencia de vida que tienen los individuos.
Blanco (1985)	Son las percepciones personales y valores culturales que hacen referencia a las condiciones objetivas que son comparables.
Felce y Perry (1995)	Su enfoque lo basa en torno a cuatro conceptos: 1) Es la calidad de las condiciones de vida de una persona 2) Es la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales 3) Es la combinación de componentes objetivos y subjetivos 4) Es la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.
Martin y Stockler (1998)	Existencia de brecha entre las expectativas de vida que tienen los individuos y la realidad. A menor intervalo una mejor CV.
Schwartzmann, Olaizola, Guerra, Dergazarian, Francofó, Porley, Ceretti, (1999)	La calidad de vida en relación con la salud es un proceso dinámico y cambiante, con interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente. La CV en una persona enferma, es el resultado de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, con criterios intrapersonales, sociales y normativos, del sistema ambiental y personal del individuo.
Espinoza y Morris (2002)	La CV en relación al ámbito laboral se puede entender como la percepción que tienen los trabajadores de las condiciones laborales, del ambiente que les rodea así como de la correlación entre la vida laboral, familiar y personal.
De Negri (2002)	Asociado a lo bueno o deseable, a la movilización de esfuerzos, energías o recursos con enfoque de futuro, siendo un enfoque continuo de la vida dentro de todas sus etapas, contextos y procesos.
Ardila (2003)	Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida.
Schalock y Verdugo (2007)	Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas –universales- y émicas -ligadas a la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciada por factores personales y ambientales.

Fuente: elaboración propia.

Respecto a las dimensiones que más estudios han generado y aportado información respecto a la CV son los realizados en contextos laborales y de salud (Allison, Locker, y Feine, 1997; Carrasquel, 2016; Durán, 2010; Espinoza y Morris, 2002; Schwartzmann, 2003; Segurado y Agulló, 2002; Urzúa, et al., 2015). En los últimos años, también ha habido un creciente interés en estudios dirigidos a la población educativa, tanto a docentes como estudiantes (De los Santos, 2016; Escuder-Mollon, Esteller-Curto, Ochoa y Bardus, 2014; Escuder-Mollon, y Manuel, 2014).

La conceptualización del constructo siempre ha presentado divergencias dependiendo de la disciplina que lo estuviera definiendo. De esta manera, el concepto tiene fuerte enraizamiento con las ciencias sociales, más en concreto con la sociología y la psicología (Moyano y Priego, 2009), aunque también con las ciencias médicas. Es gracias a estas últimas que aparece el término salud vinculado a un aumento de la esperanza de vida, siendo consecuencia de una buena salud y una CV aceptable (Alva & Morales, 2017; Casas & Klijn, 2006; García-Viniegras y González, 2000; Grimaldo, 2010b; Pascucci, 2012).

De todas las ciencias, la que más aportaciones ha realizado es la psicología, la cual presenta asociaciones con modelos de psicología positiva, incluso con el modelo ecológico. De esta manera, se demuestra que la CV es un concepto global, inclusivo, multidimensional y multidisciplinar (Brickman, Coates, y Janoff-Bulamn, 1978; Campbell, Converse, y Rodgers, 1976; Cummins, 1998; Gómez, Galvis-Aponte, y Royuela, 2015; Haas, 1999; Lezaun, 2006; Setien, 1993; Slottje, Scully, Hirschberg, & Hayes, 1991; Solomon et al., 1980; Tonon, 2010).

En definitiva, el constructo CV, tal como hemos venido explicando, genera diferencias conceptuales a la hora de definirlo, ya que se trata de un concepto vago, complejo, dinámico, medible, heterogéneo y multidisciplinar, siendo estos algunos adjetivos que caracterizan la CV (Setien, 1993).

2. 2. 1. Características de la calidad de vida

Decimos que la característica *dinámica* procede del carácter cambiante que tiene el individuo y el medio en el cual se desenvuelve. Están también implicados los periodos o tiempos con los que cuenta la persona, haciendo valoración de más o menos felicidad en un momento dado y siendo su carácter holístico la estrecha relación con la tridimensión

del enfoque biopsicosocial (Engel, 1977). Este enfoque se refiere a la dependencia y retroalimentación entre los tres factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la salud personal. Todo ello, involucra y condiciona los espacios afectivos, sociales y físicos del individuo, los cuales pueden encontrarse con acontecimientos no deseados, siendo estos facilitadores a la hora de valorar de su salud en relación con su CV (Borrell, 2002). Asimismo, también hemos mencionado el carácter cambiante de las personas, ya que sus prioridades e intereses se van modificando y adaptando a las necesidades vitales, siendo los valores los que tienen importancia como elementos relevantes en la CV (Cummins, 1997; Elosua, 2010; Jiménez y Moyano, 2008; Schalock et al., 2002).

Otra característica es la *complejidad dimensional* con la que cuenta el constructo, ya que consta de áreas de tipo físico, mental o de entorno, entre otras (Alguacil, 2014; Aponte, 2015; Casas et al., 2002; Felce, 1997; Gómez-Vela, 2004; Schalock et al., 2005; Schalock y Verdugo, 2007).

Por último, otra característica es su *universalidad*, ya que existe en todas las culturas y sociedades. Tan solo variará la escala de prioridades que tienen los individuos a la hora de dar cobertura a sus necesidades, así como las metas vitales que presentan, las cuales vienen indexadas en la sociedad en la cual habitan (García, Biedma, Serrano del Rosal, y Ranchal, 2017; Markus y Kitayama, 1991; Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2005).

En otro orden, es importante mencionar los elementos o variables implicadas en proporcionar estructura a la CV, siendo estas de índole objetiva y subjetiva. Entre ellas se encuentran los indicadores sociales, pertenecientes al orden objetivo, dado que la objetividad viene establecida por las condiciones de vida del individuo y las tendencias de la persona. Entre tales indicadores se encuentran el poder adquisitivo, el nivel de ingresos y la capacidad material, cumpliendo con la función de cobertura de las necesidades básicas (Arango, 1993; Casas et al., 2001; Celemin, Mikkelsen, y Velázquez, 2015; Fernández et al., 2016; Labarca, Massardo, García, y Jacobelli, 2003; Laca, Verdugo, & Guzmán, 2005; Marín, 1993; Vinaccia y Orozco, 2005; Vinaccia y Quiceno, 2012; Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras, y Anaya, 2004; Yasuko, Romano, García, y Félix, 2005).

En cuanto a los indicadores de orden subjetivo, estos se refieren a la percepción del individuo, el grado de satisfacción con los aspectos de su vida y la valoración de las

tendencias existentes en las que se encuentra. Entre tales indicadores destacan las expectativas, los grupos referenciales, las necesidades temporales, la escala de valores, los niveles de equidad o las aspiraciones, entre otras. Indicadores directamente relacionados con el bienestar emocional, la salud, el trabajo y las actividades de producción, las relaciones sociales y familiares o la seguridad e integración en la sociedad, entre otras. Tal multicausalidad añade cierta dificultad a la hora de medir integralmente el constructo (Cella y Tulskey, 1990; Fuentes y Rojas, 2001; García-Riaño y Ibáñez, 1992; Levi y Anderson, 1980; Rogers y DeBoer, 2001; Szalai, 1980).

Con el objetivo de proporcionar un marco de actuación para el desarrollo de las políticas sociales establecidas, se debe tener una amplia visión de la CV, siendo imprescindible la implicación de variables tanto de índole objetiva como subjetiva - es decir, las condiciones de vida y las percepciones que tienen las personas -, las cuales generan una composición global (Lucero y Celemín, 2008; Ortiz-Quiroga, Ariza, y Pachajoa, 2018; Schwartzmann, 2003; Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002b; Veenhoven, 1994).

En definitiva, una gran cantidad de estudios identifican que la CV tiene una serie de características comunes, como son: la heterogeneidad, el conocimiento, aportaciones desde diferentes doctrinas, la universalidad, la multidisciplinar, la multidimensionalidad, el dinamismo, etc.; estando todas ellas vinculadas a conceptos como felicidad, bienestar y salud.

2. 3. Antecedentes y evolución de la calidad de vida

La calidad es un vocablo que procede del latín y que significa *calidad*. La transformación del nivel felicidad a calidad ha sido notoria y progresiva, siendo que el término *felicidad* fue utilizado durante bastantes años (Alarcón, 2017; Arango, 1993; Bobes et al., 1993; Ryff, 1989; Veenhoven, 2001).

El término CV es relativamente reciente, su origen lo podemos centrar hacia los años sesenta del siglo pasado, teniendo un fuerte impulso en la década de los ochenta. Este viene vinculado a la ciencia médica y económica, para posteriormente generar interés en otras disciplinas como la sociología, la psicología o la educación, entre otras. A la hora de realizar el análisis historiográfico del concepto CV y por la escasa documentación relacionada con este, se decidió anexionar dicho término a conceptos ligados con salud,

bienestar y felicidad (Arango, 1993; Bobes et al., 1993; Cardona y Agudelo, 2007; Veenhoven, 2001).

Desde la Antigüedad se ha mostrado interés en visibilizar la forma de satisfacer las necesidades individuales y colectivas de las personas, con relación a la mejora de sus condiciones de vida (Jiménez y Gómez, 1996).

En la antigua Grecia, clásicos como Platón y Aristóteles (siglos V a IV a. C.), con un debate sobre la felicidad, aportan saber cercano al concepto CV. Dicha felicidad se centraba en la sabiduría, en lo justo que puede llegar a ser el ser humano y en lo que va más allá de los propios goces, llegando a la interrelación con la forma de vivir, así como con el desarrollo de las capacidades que tiene cada persona para proyectarse en la sociedad en la cual viven. Asimismo, otras civilizaciones como la hebrea, la egipcia, la greco-romana o las mesopotámicas, ponen el foco en la salud, vinculada con factores de higiene personal y social, por lo que se desarrollan grandes obras para proporcionar ciudades saludables, continuando con la tradición hasta la Edad Media.

En la Edad Media, encontramos sociedades multiculturales. Entre las más influyentes encontramos la musulmana y la cristiana. Cada una de ellas tiene diferencias respecto al tratamiento de la salud definido en siglos anteriores. En esta etapa histórica se abandona la idea principal de higiene y salubridad y toman protagonismo otro tipo de variables como las contiendas y los dominios de espacios, siendo de esta forma predecesores de lo que actualmente conocemos como CV (Bobes et al., 1993).

Entre los siglos XII y XVII, se relanza - sin mucho éxito - la idea de salud pública como forma de proporcionar bienestar a los ciudadanos. Es en este periodo cuando se desarrollan normas respecto a la manipulación y venta de alimentos, acondicionamiento de desagües y alcantarillado o limpieza de calles, entre otras (Restrepo, 2001). En esta época las malas condiciones sanitarias de los ciudadanos hacen proliferar epidemias y pestes, lo cual influye en que la población tenga una percepción de su bienestar bastante mala, no aportándoles la felicidad que precisan como personas (Alarcón, 2017; González, 2002).

El siglo XVIII, sin embargo, es una etapa controvertida e influyente en el concepto de la CV. Los cambios proceden de la Revolución Industrial, donde el foco está en la economía productiva, por lo que las personas están en un segundo plano, siendo las leyes

Capítulo II. La calidad de vida

de la oferta y la demanda las que marcan los parámetros en los cuales debe moverse la CV y el bienestar de las personas (Bobes et al., 1993).

En los inicios del siglo XIX aparecen leyes que trataran de regular la situación del trabajo, las enfermedades, los accidentes, la vejez o la maternidad, entre otras de las inquietudes que tienen los gobiernos para aportar bienestar a sus ciudadanos. Aparecen informes, como los realizados por Chadwick (1842) y Shattuck, Banks y Abbott (1850), que reflejan un interés por la salubridad pública, las condiciones laborales, la alimentación, la mortalidad y la esperanza de vida, así como la escolarización y las viviendas, como herramientas para visualizar las formas de vida de los ciudadanos (Piedrota, 1991, citado por Jiménez y Gómez, 1996). De esta forma, se reconocen por primera vez los Derechos Humanos (en adelante, DDHH) de los ciudadanos, en los que la CV tiene implícita una serie de derechos y es tenida en consideración.

Con la entrada del siglo XX y finalizada la Segunda Guerra Mundial, hallamos un periodo en el cual surgen nuevas necesidades por cubrir, teniendo los ciudadanos un papel importante. En este periodo hace su aparición Keynes (1940) aporta nuevas fórmulas para satisfacer las necesidades sociales dentro de un bienestar de corte economicista. Estamos frente al nacimiento del estado de bienestar, en el cual se cubren las necesidades ciudadanas, protegiendo a los ciudadanos de las contingencias existentes (Casas, 1999; García-Viniegras y González., 2000; Schwartzmann, 2003).

Durante los años cincuenta y sesenta del siglo pasado se empieza a hablar del concepto CV. Hace su primera aparición en una publicación de la ONU (1961) en colaboración con otros organismos internacionales, entre ellos la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT). En este momento, se presentó una definición aproximada de lo que es actualmente la CV. La principal motivación de la aparición del concepto fue promover una definición y medir a nivel internacional lo que se consideraba como la CV. En un inicio, tal medición constaba de nueve componentes que daban cuerpo al constructo, siendo estas: salud, consumo de alimentos y nutrición, empleo y condiciones de trabajo, vivienda, vestido, esparcimiento y recreo, seguridad social, libertades humanas y educación. Los indicadores que se manejaron en dicho momento estaban relacionados con la mortalidad proporcional, los gastos en alimentación y la proporción de trabajadores masculinos con relación a la fuerza de trabajo (Casas, 1999; Casas et al., 2001; Gómez y Sabeh, 2001; Verdugo y Sabeh, 2002).

Seguidamente, en la década de los setenta y ochenta, se realizan definiciones más concretas de la CV, aunando los enfoques subjetivos y objetivos. En dicho momento, la actualidad giraba en torno a ámbitos y contextos más específicos como: salud, educación, economía, servicios o política, entre otros. La inclusión del término en la primera revista monográfica de Estados Unidos la *Social Indicators Research* (1974) y a continuación en la *Sociological Abstracts* (1979), contribuyeron a la difusión del término y a generar material teórico y metodológico que ha llegado hasta nuestros días. En estos años, se observa un incremento del interés por parte de la clase política por conocer las percepciones, valoraciones y deseos de los individuos (Campbell et al., 1976; Turcotte, 1985).

La aparición del concepto se vincula al interés suscitado por tener conocimiento del bienestar de las personas debido a la creciente industrialización existente, lo cual producía una cierta confusión del concepto CV, ya que se anexionaba al mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales (Gómez y Sabeh, 2001). En un inicio se contemplan indicadores de condiciones objetivas de las personas, siendo estas de orden económico y social (Chiavenato et al., 1983; Schwartzmann, 2003), para continuar teniendo en cuenta elementos subjetivos, los cuales dieron la posibilidad a las ciencias sociales de realizar mediciones vinculadas al bienestar del individuo, teniendo en cuenta la interacción del medio en el cual se desenvuelve el individuo (Arostegui, 1998; Gómez y Sabeh, 2001).

A partir de este momento, la expresión calidad comienza a tener más consistencia, definiéndose como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional). En estos años se desarrollan trabajos con una mirada puesta en la población en general, explorando la satisfacción que se tiene en los diferentes ámbitos de la vida. Se empieza a teorizar en relación con el término y su composición, las investigaciones en relación con la CV de la vejez se pueden contar por cientos y, asimismo, es de gran interés el mundo laboral, en el que se tienen en cuenta variables como la competitividad, el bienestar de los trabajadores y la satisfacción con el trabajo (Aguirre, 2009; Asenjo, Banqueri, y Dios Chacón, 2012; Davis & Cherns, 1975; Robbins, 1989; Taylor, 1973; Walton, 1973). De esta manera, se inicia el despegue definitivo de la investigación en torno al término, despertando interés dentro de los círculos políticos y

Capítulo II. La calidad de vida

económicos y facilitando la realización de estudios y mediciones respecto a la percepción que tiene la población acerca de su CV.

A finales del siglo XX, la CV como concepto pasa a ser de uso cotidiano, dejando atrás el espacio de la búsqueda de resultados para tener en cuenta las aspiraciones que tienen los ciudadanos respecto a su CV (Casas, 1999). La mayoría de los estudios realizados respecto a la CV se caracterizan por su visión positivista, recogiendo datos de la realidad existente para después realizar una construcción teórica adaptada al momento histórico y cultural (Ferguson y Lanz, 2001; Ryff y Singer, 1998; Vázquez, 2009).

En este momento, ya no se busca la falta de CV, sino más bien de dónde procede y cuáles son las situaciones de bienestar psicológico y social que tiene el individuo. También se pretende dar una mayor comprensión a la positividad de los factores que contribuyen a mejorar dicha CV. En este contexto, hacen su aparición indicadores biopsicosociales de índole positivo, la mayoría a raíz de estudios en la población adulta mayor, los cuales se dirigen a las percepciones y valoraciones que realizan los individuos sobre sí mismos y la repercusión que tiene el medioambiente en el cual están inmersos (Lawton, 1999; Urzua, 2010; Vega y Martínez, 2015). Además, se realiza una comparativa entre diferentes países respecto a la CV percibida de cada individuo. Se desarrollan estrategias centradas en el ámbito laboral, en el que la mejora de la CV de los empleados es un valor para la institución, teniéndose en consideración a la familia, así como el desarrollo profesional dentro de la empresa; en definitiva, se incluyen los componentes subjetivos (Alarcón, 2017; Araque, Jiménez, y Olmo, 2007; Cabezas, 2000; Gómez y Sabeh, 2001; Mazuecos, 2017; Santos, 2000; Schalok y Verdugo, 2003; Segurado y Agulló, 2002; Tonon, 2003).

En la actualidad, es decir, en el siglo XXI, encontramos por parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2011) un aporte al saber con la implementación de una herramienta que lleva por nombre *Índice para una vida mejor*. Con los resultados del estudio se pretende facilitar una medición sistematizada del bienestar de la población proyectado sobre la importancia que tiene este para el individuo. Tal índice se fundamenta en once temas, valorados como prioritarios para el progreso que deben de tener todas las sociedades.

La premisa de mejorar la CV sigue siendo una constante en el tiempo, perseguida por los individuos y las sociedades en función de la preferencia que tiene el individuo

para mejorar su bienestar (Alandete, 2013; Alguacil, 2000; Gomez y Sabeh, 2001; Inglehart, 1997; Schwartzmann, 2003). El estado de salud percibido sigue siendo una de las áreas que más preocupación acarrea a los ciudadanos, habiéndose convertido en una prioridad, junto con la disponibilidad de servicios de cercanía, un principio social básico vinculado al avance de las sociedades, que tiene como objetivo mejorar el confort que se puede dar a la ciudadanía (Calero et al., 2012).

Otro tema de interés son los contextos laborales. Se percibe que desde las organizaciones se están promoviendo medidas con el objetivo de mejorar la CVL de los empleados, los cuales influirán la percepción que tienen de su CV (Esteller, Escuder y Ochoa, 2015; Méndez, Barra, y Pradines, 2007; Mckevitt, Redfern, La-Placa, y Wolfe, 2003; Vega y Martínez, 2015).

A modo de resumen, podemos afirmar que el concepto de CV puede trasladarse a cualquier época, dado que la mejora de las condiciones de vida de los humanos es y ha sido una de las constantes en el tiempo (Gómez et al., 2015; Granados, 2011; Vinaccia, et al., 2014). El nacimiento y desarrollo del concepto CV ha sido, hasta la fecha, complejo, dada su multidimensionalidad. Esta se debe a la dificultad de la dinámica social y al problema de establecer indicadores, ya que estos pueden ser modificados conforme la sociedad avanza hacia un desarrollo sostenible. Los deseos de mejora han desembocado en que el ámbito individual o subjetivo quede superado una vez es anexionado el comunitario u objetivo, moviendo las posibilidades, medios y recursos de los que dispone la sociedad para proporcionar una CV adecuada a cada individuo.

2. 4. Enfoques y perspectivas teóricas

Desde los ámbitos políticos y sociales, la CV es investigada y tomada en cuenta porque a través de su estudio se puede tener una aproximación de la percepción de bienestar que tienen los ciudadanos como comunidad, así como de colectivos específicos, que no habían sido tenidos en cuenta realmente hasta el comienzo del siglo XX.

La CV tiene su fundamentación en el pensamiento de autores como Marx, Engels y Keynes (siglos XIX y primera mitad del XX). Estos autores representaron el malestar que siente el ser humano respecto al sistema productivo existente en la época, refiriendo que la producción es la consecuencia de las malas condiciones de vida que tienen los ciudadanos. En esta misma línea, la figura de Pigou (1932) propone una redistribución de

Capítulo II. La calidad de vida

los beneficios económicos, planteando medidas como gravar con impuestos algunas actividades económicas, siendo el precedente de la economía del bienestar social.

A partir de la finalización de Segunda Guerra Mundial (1945), se reconstruyen las bases de los países y se consolida el estado de bienestar, estableciéndose políticas sociales consistentes. Hacen su aparición diferentes posturas; por un lado, los partidarios de una perspectiva objetiva y cuantificable como son las disciplinas económicas y aquellas relacionadas con la geografía (Escobar y Fitch, 2013; Lucero y Celemín, 2008; Marroyo, 2003; Pigou, 2017; Royuela y Faggian, 2009; Schalock et al., 2005). Por otro lado, los centrados en la perspectiva subjetiva y cualitativa, quienes ponen en el punto de mira la percepción del individuo respecto a su bienestar, siendo las disciplinas psicológicas y sociológicas, entre otras, las partidarias de esta corriente (Escobar y Fitch, 2013).

En los años sesenta se interrelacionan por primera vez los aspectos de índole subjetiva y objetiva, abandonando la visión unidimensional por la multidimensional (Casas, 1999). Los datos objetivos, recogidos a través de mediciones de tipo estadístico, aportaron resultados numéricos sin tener en cuenta que estos pierden visión de la realidad circundante, ya que parten de valoraciones de tipo material y no son iguales en todos los núcleos dentro de la misma sociedad; un claro ejemplo de ello lo presenciamos con las poblaciones indígenas, las cuales no valoran de igual forma los aparatos de uso común en las sociedades occidentales (Ardila, 2003; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

Asimismo, en ese momento histórico se valoró la posibilidad de introducir datos subjetivos con el fin de aportar la máxima fiabilidad y validez a los datos, y ser el reflejo de la realidad existente. En este contexto, la introducción de mediciones de tipo subjetivo tuvo mucha relevancia ya que tienen su base teórica en el bienestar emocional del individuo (Alzina y Fernández, 2000; Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla, 2015; Cebrian, 2017; Cummins & Cahill, 2000; García-Viniegras, 2005; García-Viniegras y González, 2000; Sánchez y Tovar, 2017).

En estos años hace su aparición la Escuela de Chicago con pensadores como Stigler (1911-1991) y Friedman (1912-2006), los cuales enmarcaron sus bases teóricas en dimensiones laborales y poniendo énfasis en los indicadores de índole sanitaria. Como novedad, introducen el entorno en sus estudios, siendo las interrelaciones de los individuos las que presentan un grado de afectación hacia dicho entorno (Sirgy, Efraty, Siegel, & Lee, 2001; Veenhoven, 1994).

En la década de los setenta, siguió el interés por el ámbito laboral y cómo este repercute en la CV de los individuos; aparecen nuevos planteamientos y movimientos, generando bases teóricas. Uno de los más sobresalientes es el movimiento de CVL en Europa, que fomentará la humanización de los espacios laborales. Este tiene en cuenta el factor humano, el entorno en el cual se desenvuelven los trabajadores, así como la mejora de su CV (Carrasquel, 2016; Davis y Cherns, 1975; Delamotte y Takezawa, 1984; Nadler y Lawler, 1983; Segurado y Agulló, 2002; Suttle, 1977; Walton, 1973).

Otra corriente importante de la época la lidera la psicología social, la cual pide a los trabajadores que pongan al servicio de la institución los conocimientos que poseen con el fin de proporcionar una adecuada CV a los empleados dentro de su entorno laboral.

En definitiva y llegados a este punto, debemos tener presente las dos perspectivas planteadas -*subjetiva* y *objetiva*-, así como la globalidad y la interrelación entre ambas, dado que son los nuevos planteamientos teóricos existentes (Ardila, 2003; Granados, 2011; Martín, 2002; Martín, 2005; Segurado y Agullo, 2002). La CV proporciona información de lo que los ciudadanos precisan, vistos estos como sujetos individuales, así como colectivos, con una dimensión de análisis a nivel micro y macrosocial. El hecho de tener en cuenta la composición integral -*subjetivo* y *objetivo*- con la posibilidad de poder medir la CV a nivel internacional, está siendo un reto dado que el fin, va a ser la elaboración de análisis comparativos entre diferentes países con el fin de tener constancia de la CV que tienen los ciudadanos (Ardila, 2003; Fernández-López, Fernández-Fidalgo, y Cieza, 2010; Sánchez & Tovar, 2017).

2. 4. 1. Modelos y enfoques teóricos actuales sobre calidad de vida

En este apartado se explican los principales modelos teóricos que existen en la actualidad sobre CV. Se toma como referencia el trabajo de Lezaun (2006), quien establece seis enfoques o modelos claramente diferenciados; cada uno de ellos surge desde una determinada área y en un momento histórico concreto. A continuación, los describimos haciendo referencia a sus máximos representantes:

- *Enfoque del modelo ecológico de la competencia*. Desarrollado por Lawton (1975) en base a la teoría de campo de Lewin (1935). Dicha teoría se fundamenta en la competencia como el límite de la capacidad para funcionar en áreas biológicas, en conductas motoras, en la cognición y la sensación-percepción que

tienen los individuos, obviando las áreas de la personalidad y los componentes motivacionales (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990). Las áreas de medición teórica son cuatro: la CV percibida, el ambiente objetivo, la satisfacción global y la competencia comportamental; contemplando también criterios sociales e intrapersonales en relación con el momento actual y la perspectiva futura respecto a su CV.

- *Enfoque del modelo de bienestar.* Desarrollado por diferentes autores, en el cual la felicidad, la salud y el bienestar psicológico son transportadores de visión de una CV aceptable (Diener, 1994; Freire, Del Mar, Núñez, y Valle, 2017; García-Viniegras, 2005; García-Viniegras y González, 2000). Dicho enfoque está basado en el carácter subjetivo, la dimensión global y la inclusión de acciones positivas. Otros autores hacen aportaciones al modelo, incluyendo la personalidad como centro del ser en el cual se valora la cantidad y la calidad de vida (Barefoot & Schroll, 1996). Otros teóricos se refieren a la CV como un conjunto de características personales, condiciones objetivas de aspectos vitales y satisfacción con las condiciones de vida (Baker & Intagliata, 1982; Lehman, Ward, & Linn, 1982).
- *Enfoque del modelo comportamental.* Se defiende que la CV no depende de la satisfacción o el bienestar psicológico, sino de lo que uno hace para vivir una vida de calidad (Csikszentmihalyi, 1998; Lezaun, 2006; Reig, 2000). El punto de vista de este modelo es la posición que toma todo individuo para hacer, querer y ver lo que se puede realizar con relación a su CV (Lezaun, 2006).
- *Enfoque modelo desempeño rol.* Se define que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones socioambientales necesarias para llegar a cubrir las necesidades de los individuos. Estas necesidades se vinculan a las capacidades afectivas, conductuales, cognitivas y perceptivas que se tienen de la sociedad, así como del ambiente que rodea al individuo, en el que se ejecutan los diferentes roles sociales existentes (Bigelow, Brodsky, Stewart, & Olson, 1982).
- *Enfoque modelo dinámico.* En los modelos anteriores se pierde la perspectiva de considerar factores y dinámicas que, en cierto grado, influyen en la valoración subjetiva del individuo respecto a las condiciones objetivas que tiene. Según este modelo dinámico, la CV subjetiva es el resultado de un proceso adaptativo en el

cual el individuo ajusta sus deseos y necesidades a sus capacidades y al entorno en el cual se desenvuelve con el fin de satisfacer adecuadamente las demandas existentes en la sociedad. Dicha satisfacción es el mecanismo de retroalimentación del proceso antes descrito, dado que el mantenimiento del nivel de satisfacción es estable a través de autorregulaciones de tipo cognitivas y de voluntad ante circunstancias constantes de cambio (Angermeyer y Killian, 2000).

- *Enfoque modelo homeostático.* Se define como el sistema de capacidad primaria condicionado a un sistema de amortiguadores secundario. Este modelo de tipo subjetivo propone que la genética de la personalidad crea dos roles, el rango serial y el componente afectivo. La dimensión de la personalidad tiene la capacidad cognitiva de mantenimiento del rango serial que posee la CV de cada sujeto (Cummins, 2000).

En otro orden, referenciamos enfoques y autores que han contribuido a dar *corpus* teórico acerca de la CV, siempre dentro de la disciplina a la cual pertenecen:

- *Enfoque de la teoría general de sistemas.* Contribuye a generar las bases del desarrollo conceptual de enfermedad y salud, dentro de un enfoque interdisciplinar. Desde este modelo se realiza la propuesta del modelo biopsicosocial con componentes multidimensionales (Von Bertalanffy, 1968).
- *Enfoque de bienestar psicológico.* En línea con la psicología positiva y en estrecha relación con el bienestar humano, encontramos a Carol Ryff (1989, 1998). La autora define su modelo dentro de los elementos no hedónicos del ser humano en que el funcionamiento óptimo de los sujetos desencadena una cantidad de emociones positivas y de placer. Su teoría parte de seis dimensiones, entre las cuales mide: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, control ambiental, crecimiento personal y propósito en la vida; estando estas relacionadas con la satisfacción vital, el bienestar subjetivo y los indicadores de salud física. Este enfoque aporta conocimiento científico a través de la construcción de un instrumento que mide las dimensiones antes expresadas, denominado *escala de bienestar psicológico* (SPWB). Se trata de una herramienta validada por la comunidad científica y de la cual se ha revisado su estructura (Freire et al., 2017). Asimismo, se han realizado investigaciones para adaptar la versión del autor

Dierendonck al español, así como para estudiar su fiabilidad y validez factorial (Díaz, et al., 2006).

- *Enfoque modelo demanda control*. Desarrollado como planteamiento para dar respuesta a ciertas cuestiones relacionadas con el espacio laboral. Trata de describir y analizar situaciones en contextos de trabajo en los que están inmersos los trabajadores, así como situaciones de estrés y características psicosociales que repercuten en el entorno. Este modelo está teniendo mucha aceptación en las investigaciones realizadas a partir de la década de los ochenta, ya que es el que más evidencia científica aporta a la hora de explicar los efectos que tienen ciertas variables en la salud de los trabajadores (Arias, Montes, y Masías, 2014; Cabezas, 2000; Karasek, 1979, 1989).

Asimismo, encontramos autores en los años sesenta con un interés creciente por el área laboral, contemplándose como una dimensión dentro de la CV (Elizur & Shye, 1990; González, Peiró, y Bravo, 1996; Robbins, 1989; Walton, 1975). A lo largo de los años se han generado necesidades de tener conocimiento con relación al mundo laboral (Carrasquel, 2016; Casas, et al., 2002; Gamarra y Mar, 2010; García, 1993; García-Riaño, 1991; Nadler y Lawler, 1983).

En la mayoría de los estudios relacionados con la CVP han tenido dos vertientes teórico-metodológicas: a) CVP en el entorno de trabajo (Casas y Klijn, 2006; Jiménez y Gómez, 1996; Robbins, 1989; Taylor, 1973; Vega y Martínez, 2015) y b) CVP psicológica (Davis & Cherns, 1975; Elizur & Shye, 1990; Martin, 2005; Segurado y Agullo, 2002).

Estos estudios ponen el énfasis en las actividades que se desarrollan en los contextos de trabajo, y tienen en cuenta la situación familiar, laboral, individual y grupal, y que estas variables son adecuadas para aportar información, dado que la finalidad de la recogida de datos es tener conocimiento de la mejora de las condiciones del contexto que se desenvuelve el profesional.

A modo de resumen, la CV como concepto teórico es especialmente valioso, abarca fenómenos que tienen cabida en cualquier disciplina, rama o especialidad, con componentes objetivos y subjetivos, con multiplicidad de dimensiones, con determinantes materiales e inmateriales, dentro de los diferentes ámbitos de la vida de las personas, y estrechamente relacionado con el bienestar que tiene el individuo tanto

externo u objetivo como interno o subjetivo (Fernández, 2009). También, mencionar la CV laboral, cuyo estudio en los años sesenta se inició para conocer la satisfacción y bienestar de los trabajadores, midiendo más adelante en los años noventa, el desarrollo personal y profesional que tienen los sujetos (Casas, 1999; Casas et al., 2002; Delgado y Salcedo, 2008; Sosa-Cerda, Cheverría-Rivera, y Rodríguez-Padilla, 2010).

2. 5. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida

Como se ha mencionado anteriormente, la CV tiene un carácter multidimensional que engloba dimensiones de índole universal que están siendo empleadas en la actualidad como referentes de las investigaciones que se están realizando.

2. 5. 1. Las dimensiones de la calidad de vida

Las dimensiones de la CV son el conjunto de factores que componen el bienestar personal. Estas dimensiones siguen el modelo biopsicosocial, siendo resultado de la mayoría de las investigaciones realizadas en contextos de salud (Haas, 1999; Lawton, 1999; Levi y Anderson, 1980; Ryff y Keyes, 1995; Urzúa, Bravo, Ogalde, y Vargas, 2011; Verdugo y Sabeh., 2002; Vinaccia y Orozco, 2005; Watanabe, 2005).

A continuación, se exponen las dimensiones del modelo biopsicosocial directamente relacionadas con las variables de orden subjetivo:

- Dimensión física: percepción que tiene el individuo de su estado físico o de salud, entendido como la ausencia de enfermedad, los síntomas y secuelas existentes por la enfermedad padecida, así como los efectos que pueden quedar del tratamiento para la sanación.
- Dimensión psicológica: percepción que tiene el propio individuo de su estado afectivo y cognitivo. En esta dimensión interactúan las creencias religiosas y personales de actitud ante el sufrimiento y el sentido que se da a la vida, en el que intervienen la ansiedad, la incomunicación, la autoestima, la falta de motivación hacia el futuro o los miedos, entre otras.
- Dimensión social: percepción que tiene el individuo acerca de las relaciones interpersonales y los roles sociales que ejecuta en los distintos contextos en los que se desenvuelve. La necesidad de apoyo familiar y social, la relación con

Capítulo II. La calidad de vida

profesionales sanitarios y el desempeño en el empleo son las dimensiones en las que intervienen los roles sociales, las necesidades surgidas, el desempeño laboral, las relaciones entre personas y la relación del individuo con la sociedad.

Asimismo, dentro de las dimensiones psicológica y social se hallan los valores, siendo estos una variable destacable en el que la cultura tiene una fuerte influencia (Cardona y Agudelo, 2009; García-Viniegras y González, 2000; Romera, 2010; Ros y Gómez, 1997; Segurado y Agulló, 2002; Schallock y Verdugo, 2007; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012; Zubieta, Fernández y Sosa, 2012).

En el siglo pasado también se desarrollaron investigaciones que recogen datos acerca de las dimensiones que son claves para el bienestar físico y material, siendo estas: las relaciones con otras personas, el desarrollo personal y el logro en la sociedad, las actividades sociales y el ocio (Flanigan, 1982). De esta última variable cabe destacar que desde una perspectiva material o de consumo, el ocio se vuelve cotidiano, viniendo asociado a valores hedonistas como bienestar, placer, felicidad, etc., constituyendo una de las principales motivaciones de consumo en el que su consecución repercutirá directamente en la percepción de una CV aceptable (Badia y Longo, 2013; Cuenca y San Salvador del Valle, 2016).

Actualmente, también hay quien añade a sus estudios las dimensiones de bienestar material, salud, productividad, seguridad, intimidad, bienestar emocional y lugar en la comunidad (Salgado de Snyder & Wong, 2018). Además, hay estudios que también anexionan como dimensiones de la CV el bienestar de los derechos cívicos y el bienestar físico, emocional, social y productivo (Felce, 1997; Salcedo et al., 2017). Incluso existen otros dirigidos a la medición del bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar material y físico, la autodeterminación, la inclusión social y los derechos; este tipo de estudios en su mayoría están enfocados a personas con discapacidad, como los realizados por Schallock (2000) muy cercano al modelo biopsicosocial, que está de plena actualidad (Cilleros y Gómez, 2016; Duran et al., 2017; García del Castillo, 2015; Pérez et al., 2008; Vanegas y Gil, 2007).

La mayor parte de las investigaciones intentan realizar una clarificación respecto a las dimensiones que tienen una presencia más notable. Según Verdugo, Gómez, Arias y Navas (2010), se pueden encontrar hasta ocho dimensiones (véase, Cuadro 5), así como una serie de indicadores anexionados.

Cuadro 5.

Principales dimensiones e indicadores de la CV.

DIMENSIONES	INDICADORES
1 BIENESTAR FISICO	Salud, actividades vida diaria, atención sanitaria, ocio
2 BIENESTAR EMOCIONAL	Satisfacción, autoconcepto, ausencia de estrés
3 RELACION INTERPERSONALES	Interacciones, relaciones, apoyos
4 INCLUSION SOCIAL	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
5 DESARROLLO PERSONAL	Educación, competencia personal, desempeño
6 BIENESTAR MATERIAL	Estatus económico, empleo, vivienda
7 AUTODETERMINACIÓN	Autonomía/control personal, metas/valores personales, elecciones
8 DERECHOS	Derechos humanos, derechos legales

Fuente: elaboración propia a partir de Verdugo, Gómez, Arias, y Navas, 2010, p. 15.

En el siglo XXI encontramos el informe *Medición del progreso, el bienestar y el desarrollo sostenible* (Comité del Sistema Estadístico Europeo, CSEE, 2011). Para elaborar este estudio se utilizaron las siguientes dimensiones: 1) condiciones materiales de vida, 2) trabajo, 3) salud, 4) educación, 5) ocio y relaciones sociales, 6) seguridad física y personal, 7) gobernanza y derechos básicos, 8) entorno y medioambiente y 9) bienestar subjetivo. Haciendo referencia a la dimensión de la salud, existe mucho interés por parte del informe en tener evidencias sobre el estado de salud percibido del individuo (Cabezas, 2000). En definitiva, respecto a la salud las dimensiones más evaluadas serán: salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno, espiritualidad, religión y las creencias personales.

Por otro lado, se menciona la dimensión educativa, la cual hace alusión a aquella esfera transmisora de principios; los cuales tienen reflejo en la educación en valores. El concepto de este modelo viene anexionado al proceso ético y de aprendizaje, estando implementado a través de actividades, siendo la intención final, que los docentes y alumnos tengan una CV aceptable en relación con los contextos educativos donde conviven (Alzina y Fernández, 2000; Añorga-morales, 2014; Bolívar, Gallego, León y Pérez, 2005; De Vincezi & Tedesco, 2009; Martínez, Tobón, & Romero, 2017; Sandoval, 2014).

Capítulo II. La calidad de vida

En otro orden, según refiere Gómez (2017), para poder proyectar la formación en valores tienen que darse algunas condiciones, entre las que se encuentran:

- Conocer la personalidad del estudiante, así como sus actitudes y proyecto de vida.
- Concretar la definición de un modelo de excelencia de educación.
- Conocer el entorno que envuelve al estudiante para determinar el contexto de actuación.

Para finalizar, se menciona la dimensión laboral. Dentro de los modelos más empleados por la comunidad científica encontramos el desarrollado por Robert Karasek (1979). Este modelo con enfoque mide los efectos del trabajo en la salud y en el comportamiento de los trabajadores. Es un modelo bidimensional que integra aportaciones de diferentes disciplinas como la sociología y la psicología de las organizaciones con sus teorías sobre satisfacción y motivación laboral, las cuales hacen referencia al control, la autonomía y el uso de habilidades desde la perspectiva de la producción y no de la salud. En los años setenta, se desarrollaron demostraciones de cómo el estado de salud y el comportamiento tienen relación con la dimensión de demandas psicológicas y con la dimensión capacidad de control; teniendo como indicadores: cambios, retos, trabajo monótono, competencias, nivel de autonomía y uso de las capacidades, etc.

Tal como se ha venido expresando, de las dimensiones o áreas que más estudios han generado en los últimos años, encontramos los ámbitos educativos, sanitarios y laborales; estos últimos centrando su atención en los profesionales de sectores específicos, como es el caso de los profesionales sanitarios (Segurado y Agulló, 2002), siendo estos tres ámbitos de interés para la presente investigación.

2. 5. 2. Los indicadores de la calidad de vida

Para la medición de la CV se desarrollan una serie de indicadores, siendo estos las percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones que dan un reflejo del bienestar personal (Celemin et al., 2015; Delgado y Salcedo, 2008; Gómez, 2009; Noriega et al., 2017).

La mayoría de los indicadores de CV son de carácter social y tienen relación con la salud, la educación, el empleo, la calidad de vida laboral, el tiempo libre u ocio, el medio ambiente físico, la justicia, la seguridad social, la participación social, el nivel de

promoción o el uso de bienes y servicios, entre otros. Todos ellos se categorizan en tres grandes bloques:

- Indicadores unidimensionales: tienen relación exclusiva con un tipo de necesidad; hacen referencia a la salud, la vivienda y la educación, entre otros.
- Indicadores multidimensionales: tienen relación con la satisfacción y hacen referencia a la combinación de un conjunto de necesidades. Algunos de estos indicadores son los relacionados con la pobreza, el desarrollo humano y la cobertura de necesidades básicas.
- Indicadores mixtos: tienen en cuenta cómo se distribuye la riqueza que tiene un país entre todos sus habitantes. En estos indicadores se pueden ver los contrastes existentes entre los distintos grupos de la población,

Asimismo, Estévez (1994) hace referencia al orden subjetivo en el cual entran en funcionamiento cuatro áreas, siendo estas: 1) el estado de desempeño ocupacional a nivel racional, es decir, las actividades básicas cotidianas, 2) el estado psicológico midiendo el grado de ansiedad, depresión y los temores que perturban a la persona, 3) el estado de interacción social teniendo en cuenta la capacidad de establecer, desarrollar y mantener relaciones personales tendentes a satisfacer la necesidad de socialización del ser humano y 4) el estado del ser físico midiendo la intensidad de nivel físico alcanzado por el individuo, susceptible a dolores y otros síntomas físicos.

Por su parte, Sirgy et al. (2001), realiza una clasificación de los indicadores en relación con el nivel de análisis individual, familiar y nacional. En su análisis considera los indicadores subjetivos, objetivos y mixtos como factores intervinientes de carácter global o dominio específico.

También encontramos autores que proponen indicadores sociales objetivos de índole internacional y de tipo socioeconómico (Campbell et al., 1976; Setien, 1993; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012). En línea con los indicadores de carácter objetivo el Comité Europeo hace referencia al trabajo, condiciones materiales, tiempo libre y ocio o educación, entre otras de las materias de interés.

Otros organismos públicos internacionales y europeos, e iniciativas de ámbito académico y científico, han promovido estudios en los cuales se mide el progreso social y el bienestar de los individuos. Dichos organismos decidieron estandarizarlo generando nueve dimensiones como aquellas que requieren mayor medición y atención y en las

Capítulo II. La calidad de vida

cuales aparecen anexos una serie de indicadores adecuados para medirlas (véase, Cuadro 6).

Cuadro 6.

Estandarización de dimensiones e indicadores de CV.

Dimensión	Indicador	Fuente
1. Condiciones materiales de vida	- Renta mediana	ECV
	- Desigualdad (S80/S20)	ECV
	- Privación material severa	ECV
	- Incapacidad de hacer frente a gastos económicos imprevistos	ECV
2. Trabajo	- Tasa de empleo	EPA
	- Satisfacción con el trabajo	ECV Módulo 2013
3. Salud	- Esperanza de vida	IDB
	- Estado de salud autopercebido	ECV
4. Educación	- Nivel de educación superior alcanzado	EPA
5. Ocio y relaciones sociales	- Satisfacción con el tiempo disponible	ECV Módulo 2013
	- Ayuda de los demás. Familiares, amigos o vecinos a los que pedir ayuda en caso de necesidad	ECV Módulo 2015
6. Seguridad física y personal	- Homicidios	M ^º Interior. Estadísticas
	- Percepción de delincuencia y vandalismo en la zona	ECV
7. Gobernanza y derechos básicos	- Confianza en el sistema judicial	ECV Módulo 2013
8. Entorno y medioambiente	- Población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM10)	M ^º de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente
	- Población que sufre problemas de contaminación y otros problemas ambientales	ECV
9. Bienestar subjetivo	- Satisfacción global con la vida	ECV Módulo 2013

Fuente: Instituto Nacional Estadística (INE-2017).

Los indicadores se relacionan con cada una de las nueve dimensiones a estudio, y los datos se obtienen de encuestas dirigidas a la población, siendo de uso común la encuesta de población activa (EPA) y la encuesta de condiciones de vida (ECV). Estas encuestas incluyen medidas objetivas referidas a las condiciones materiales, de trabajo, de educación, de tiempo dedicado al ocio, etc., así como subjetivas basadas en preguntas que contestan las personas sobre su satisfacción respecto a varios aspectos de la vida o sobre la percepción de su estado de salud.

En otro orden, un indicador comúnmente utilizado para medir la CV es el índice de desarrollo humano (IDH), establecido por la ONU para medir el grado de desarrollo de los países a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

A modo de resumen, las dimensiones y sus indicadores van a ser las medidas ponderadas que aportaran datos prácticos para visualizar la realidad en un momento histórico concreto, en un contexto específico y con una población definida. Dentro de todas las dimensiones expuestas aparecen una serie de indicadores de índole subjetiva y objetiva. Los de orden subjetivo están relacionados con los diferentes aspectos de la vida de los individuos. (Casas et al., 2001; Cohen y Franco, 1992). En alusión a los de indicadores objetivos, referir que estos hacen mención de aspectos materiales de condiciones de vida relacionados con los ingresos de los sujetos (Yasuko et al., 2005).

2. 6. Instrumentos de medición de la CV y sus ámbitos de estudio

La falta de acuerdo existente con relación a la definición y clasificación de la CV ha derivado en la aparición de una gran cantidad de instrumentos de medición.

Cabe destacar que los instrumentos de recogida de información dirigen su mirada hacia la comprensión de factores psicológicos, orgánicos, sociales, laborales y educativos, entre otros contextos importantes, siendo todos ellos de orden psicosocial (Ariza, 2012; Ballester, Gómez, Gil, Ferrándiz, y Collado, 2016; Blanco, 1985; Barrantes-Brais y Ureña-Bonilla, 2015; Casas et al., 2001; Cebrián, 2017; Erickson, 1977; Schwartzmann, 2003; Urzúa, Pavlov, Cortés, y Pino, 2011).

En un inicio se utilizaban instrumentos en contextos genéricos, siendo aquellos que hacen alusión a la población en general y aportan información de cómo percibe la población su CV, siendo el marco referencial la valoración social de lo bueno o deseable (Gómez y Sabe, 2001).

En los años cuarenta se inicia la medición de la CV a nivel funcional y en la década de los cincuenta se aportan escalas de medición de la actividad de la vida diaria (en adelante AVD). Este concepto es de uso muy común en nuestros días, como así se visualiza en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

En los años siguientes, desde la década de los sesenta hasta la de los ochenta, las mediciones se centran en áreas más específicas, por lo que se empieza a medir la CV con

Capítulo II. La calidad de vida

relación a la salud (en adelante CVRS). En ese contexto, aparecen una serie de cuestionarios en los que se incluyen los contextos familiares en las clasificaciones internacionales de estándares de salud; con la finalidad de contribuir a una atención sanitaria de calidad y equitativa en todo el mundo.

Entrados los años noventa, los instrumentos son más específicos, y más centrados en población de menores y mayores (infancia y vejez). Por su parte, Sirgy et al. (2001) realiza una clasificación en relación con el nivel de análisis individual, familiar y nacional, siendo los indicadores subjetivos, objetivos y mixtos los que considera como factores intervinientes de carácter global o dominio específico. Estos instrumentos sientan las bases en las necesidades humanas, ya que, tal y como se ha ido comentando, el concepto de CV se vuelve más integrador, incluyendo valores subjetivos y objetivos en su medición. Además, se tiene en cuenta la realidad social y la evolución continua de los individuos, apareciendo instrumentos para medir la CV en relación con las interrelaciones personales (Argyle, 1993; Bousño, González, Pedregal y Bobes, 1993). En estos años, el instrumento más utilizado por la comunidad científica internacional, traducido a diferentes idiomas y dirigido a la población en general es el WHOQOL-BREF. Este cuestionario proporciona puntuaciones de áreas genéricas sin permitir evaluaciones de facetas individuales. Otra versión de este es WHOQOL-100, validado al español y con veintiséis ítems que recogen las dimensiones acerca de salud física, salud psicológica, ambiente y relaciones sociales.

Por otro lado, pasados los años noventa se hallan instrumentos que miden la CV global, como es el caso del *Comprehensive Quality of Life Scale* (Cummins & Cahill, 2000). Este cuestionario entiende el concepto de vida como un todo, en el que la CV presenta siete dominios: bienestar material, salud, productividad, intimidad, situación en la comunidad, bienestar psicológico o emocional y seguridad. Años después, y tras un compendio de todas las investigaciones realizadas previamente, se aportó un octavo ámbito para el estudio de la CV a nivel global: el bienestar espiritual; existiendo también algunas revisiones psicométricas de dicho instrumento (Schalock y Verdugo, 2007; Triviño y Sanhueza, 2005).

Hay que comentar, que las investigaciones realizadas en contextos de salud en los últimos años, se localizan muchos instrumentos validados por la comunidad científica. Entre estos los hay de orden cuantitativo, es decir, cuestionarios que evalúan la CV en

adultos con alguna patología crónica, así como la CV percibida por niños y adolescentes también con enfermedades específicas (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002a). Los instrumentos utilizados que más datos han aportado son: el SF-36 SALUD, el AQLQ CV en pacientes con asma, el GENCAT en personas con discapacidad y el SF-12, así como otros instrumentos asociados a la salud y al estado funcional. Asimismo, la CVRS es medida con el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida (Shalock y Keith 1993; Verdugo, 2018; Verdugo, Sainz, Gómez y Gómez, 2011)

También al hablar del contexto educativo y familiar, se encuentran cuestionarios como el CVI-CVIP, dirigido a mejorar la CV de la infancia. En esta misma línea, cabe destacar la escala de CV familiar, siendo una adaptación al español del *Family Quality of Life Survey*. Otros instrumentos significativos son los siguientes: SEMECA, dirigido al empleo con apoyo, escala KidsLife que evalúa la CV de niños y adolescentes con discapacidad intelectual, escala San Martín, que mide la CV de personas con discapacidades significativas, escala INICO-FEAPS para evaluar la CV en personas con discapacidad intelectual y escala KidsLife-Down, que tiene el objetivo de analizar la CV de niños y adolescentes con síndrome de Down, entre otros.

En el área laboral, los estados tienen interés en medir la CVL de los trabajadores. Por su parte el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social Inmigración español, en el año 2010, desarrolló una encuesta para investigar la CV de los trabajadores mediante la recolección de información sobre situaciones y actividades que se producen en su entorno laboral y familiar. La información va a ser de orden subjetiva sobre las percepciones personales respecto a las condiciones y relaciones laborales.

La finalidad que tiene esta herramienta es obtener información actualizada respecto a: movilidad, ocupación, satisfacción y organización, entre otros indicadores. Asimismo, también es de interés la escala general de satisfacción laboral, que mide las causas que provocan el estrés y la toma de decisiones que puede realizar el sujeto (Warr, Cook, & Wall, 1979). Existen también otros instrumentos de medición como el test de salud total Lagner-Amiel (1984) publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que mide la salud laboral de los trabajadores dentro del orden subjetivo, así como la evaluación de las condiciones de trabajo, que evalúa las condiciones generales de trabajo dentro del orden objetivo (Anact, 1984; Renault, 1979; Lest, 1978), de fácil aplicación y más adaptados al puesto en el cual se utilizan.

Por otro lado, la Comisión Nacional de Cooperativas de Trabajo (CNCT-2009) evalúa los factores psicosociales de orden subjetivo, mientras que otras instituciones realizan un análisis ergonómico del puesto de trabajo como el Instituto Nacional de Salud e Higiene en el Trabajo (en adelante INSHT,1995), midiendo las condiciones específicas en dicho espacio.

Asimismo, existen instrumentos dirigidos a una cohorte profesional o a una profesión concreta como, por ejemplo, el *Copenhagen Burnout Inventory* o el cuestionario de mejora de la satisfacción laboral (CMSL). Sin embargo, uno de los que más interés suscita es el que mide la CVP. Para llegar a esta herramienta se diseñó un instrumento llamado PQL-35, basado en el modelo de demanda-control propuesto por Karasek (1989). El autor parte de la idea de que las situaciones laborales en las cuales existe una alta demanda y un escaso control tienen una fuerte relación con la CV que percibe tal profesional respecto a su situación y puesto de trabajo. El instrumento de escala de CVP consta de 35 ítems y permite obtener una medida multidimensional de la CVP al analizar componentes como el apoyo directivo, la carga de trabajo y la motivación intrínseca que tiene todo profesional con relación a su puesto de trabajo. Frente a la repercusión que tuvo este modelo, así como la medición adecuada de la dimensión laboral, se realizó una versión en español validada por Cabezas (1998), siendo conocido por la comunidad científica con el nombre CVP-35. Este instrumento es considerado fiable y válido, teniendo plena aceptación por parte de todos los profesionales y siendo utilizado en la actualidad por su alto impacto a la hora de reflejar la realidad latente respecto a diferentes entornos y situaciones (Ribera, 2008).

2. 6. 1. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos de salud

En la mayoría de los estudios realizados existe una interrelación entre la salud percibida por parte de los individuos y su CV. Estos trabajos analizan los efectos que producen ciertos sucesos como el estrés y hechos puntuales, que tengan repercusión en la CV del individuo (Ballester et al., 2016; Mathisen, et al., 2007; Ross, 1994; Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004).

La percepción que tiene una persona respecto a su estado de salud a lo largo de su vida implica una serie de factores que repercuten en mayor o menor medida en su CV (Martin, 2002; Verdugo, Caballo, Peláez, y Prieto, 2000). Esto responde a la percepción

que tiene la persona en relación con su bienestar físico, psíquico y social como un todo, lo cual repercutirá en su sistema de creencias, expectativas y valores instaurados (Ardila, 2003; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2010).

2. 6. 2. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos educativos

Las nuevas políticas educativas están dejando un nuevo panorama complejo e inconexo con los parámetros marcados. Desde la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior (en adelante EEES), se han vislumbrado nuevas perspectivas dirigidas a dar una formación más adecuada frente a las necesidades detectadas, procurando proporcionar una CV apropiada.

En algunos estudios realizados en contextos educativos la variable que más implicación tiene es la inclusión, con la finalidad de proporcionar una CV educativa adecuada a la persona. En concreto, a personas con ciertas discapacidades, así como a sus familiares (Echeita, et al., 2009).

Otros estudios se relacionan con la competencia emocional, anexionándola a la conciencia del individuo, con el fin de autogenerar estados positivos. Un ejemplo de ello es la capacidad voluntaria y consciente de crear afectividad positiva en las que el disfrute de la vida y la autogestión del bienestar subjetivo proporciona una mejora de la CV percibida (Bisquerra y Escoda, 2007).

Algunas aportaciones importantes en los contextos educativos se hallan en el informe enviado a la Unesco por parte de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. En él se hace referencia a un nuevo paradigma educativo y a nuevos retos para el futuro con la finalidad de proporcionar un bienestar a las sociedades y, por ende, mejorar su CV (Delors, 1994, 1996).

2. 6. 3. Calidad de vida relacionada con ámbitos y contextos laborales

En primer lugar, la OIT (2006) definió el trabajo como el conjunto de actividades que realizan los seres humanos, estando remuneradas o no, originando servicios o bienes dentro de la economía, siendo su objetivo el satisfacer las necesidades que tiene la sociedad o servir de proveedor de medios sustentadores para los individuos.

Capítulo II. La calidad de vida

A continuación, se explica la diferencia entre CV en el trabajo (en adelante CVT) y CV laboral (en adelante CVL).

- La CVT hace referencia al grado en el cual los miembros de una organización satisfacen sus necesidades personales mediante las experiencias que desarrolla la organización en la cual trabajan.
- La CVL hace referencia al grado de satisfacción profesional y personal en relación con el desempeño del ambiente y del puesto de trabajo, el cual está determinado por el tipo de dirección y la gestión, las condiciones de trabajo, el nivel de logro, el desarrollo individual y grupal y el interés suscitado por las actividades que se han realizado.

Entre las diferencias encontradas entre la CVT y CVL, referir que el término CVT está más centrado en indicadores de tipo objetivo, siendo su finalidad medir la cobertura de las necesidades que tiene el trabajador; mientras que el término CVL, vinculado con la CVP, atiende a indicadores de orden subjetivo y objetivo, siendo la satisfacción con el contexto en el cual se desenvuelven y la satisfacción con los medios materiales para dar cobertura de las necesidades de los profesionales (Alpi et al., 2016; Quezada, Castro, y Cabezas, 2015). Es interesante subrayar, que los primeros estudios realizados en relación con los contextos laborales tuvieron poco en cuenta la participación de los trabajadores, la implicación de estos y la toma de decisiones dentro de las estrategias y estructuras generadas dentro de la institución (Boix, Gimeno, Rodrigo y Benavides, 2005; Granados, 2011), variables que con el paso de los años se han tenido en cuenta debido a la repercusión que podían tener en las estructuras sociales.

Dentro del interés que se tiene en la actualidad por medir la CV de los trabajadores, destacan las mediciones vinculadas a las siguientes dimensiones: la motivación hacia el trabajo que tienen los individuos, el equilibrio entre la vida personal y laboral, la satisfacción laboral, las condiciones del entorno a nivel económico y social, el bienestar físico, psicológico y social y las interrelaciones e interacciones entre profesionales; en las que recurso humano es considerado como un valor para la institución y no como un costo vs. beneficio tal como se pensaba en el pasado (Granados, 2011; Segurado y Agulló, 2002; Vega y Martínez, 2015)

En definitiva, de lo expresado a lo largo del capítulo, es bueno reflexionar sobre la necesidad de que todas las personas tengan condiciones óptimas de su CV, siendo un

concepto que todos los estamentos sociales deberían tener en cuenta. Así, cuando se habla de contextos laborales, se encuentra suficiente evidencia de deterioro de la CV de los profesionales y en mayor medida en contextos sanitarios (Araque et al., 2007; Araque, Sola & Rodríguez, 2016; Casas et al., 2002; Grimaldo y Bossio, 2015; Martín, Cortés, Morente, Caboblanco, Garijo y Rodríguez, 2004) teniendo como consecuencia que no aporten al servicio que prestan la calidad y calidez esperadas y deseables.

2. 7. Síntesis

Tal como se ha descrito a lo largo del capítulo, la CV es aquel constructo que hace referencia a las condiciones del contexto donde se desenvuelve el individuo, contribuyendo al bienestar y desarrollo social de este, y en el que aparecen factores de orden subjetivo y objetivo (Yasuko et al., 2005). Dentro de la percepción de CV de orden subjetivo se encuentran las relacionadas con el bienestar biopsicosocial del individuo (Cummins & Cahill, 2000), mientras que las de orden objetivo están más encaminadas hacia la salud y el bienestar de índole material (Ardila, 2003; Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012)

Con los resultados de la bibliografía revisada, se ha aclarado que a lo largo de los años ha habido interés por parte de las sociedades por conocer la CV que poseen los ciudadanos. En el siglo XX, en la década de los años cincuenta y sesenta, el constructo era medido dentro del orden objetivo. Pasados los años hacia los años setenta, se comienza a realizar definiciones de la CV en términos subjetivos. Más adelante a finales de los años setenta nace el enfoque global en el que se tienen en cuenta las dos perspectivas para realizar una definición holística del término CV, enfoque multidimensional que ha llegado hasta la actualidad (Aguilar et al., 2007; Benítez, 2016; Casullo y Castro, 2004; Chiavenato y Sapiro, 2017; Rodríguez y Mladinic, 2016).

El enfoque actual al ser complejo intenta aunar dimensiones e indicadores básicos y universales, para ello las metodologías a emplear incluyen medidas de orden biopsicosocial, así como la influencia de los contextos en los cuales interrelacionan las personas (Pérez et al., 2008).

Las áreas de salud, educación y mundo laboral son por las que mayor interés están mostrando los estados en la actualidad. También por los estudios que pretenden visibilizar la influencia que pueden tener los contextos laborales en los trabajadores como espacios

Capítulo II. La calidad de vida

en los cuales se interrelacionan y tienen proyección respecto a su ciclo vital (Aguilar, 2018; Fernández et al., 2016).

La mayoría de los estudios tienden a centrar la atención en los profesionales, por lo que la CV que estos perciben respecto a su espacio laboral y a la repercusión de este en su contexto privado son esferas de medición de orden subjetivo y objetivo, siendo, por lo tanto, de interés para la presente investigación. Asimismo, se han creado instrumentos de medición genéricos y específicos, concluyendo que dentro de estos últimos hay unos que tienen mayor interés y repercusión que otros. Así, las aportaciones realizadas por Karasek (1989) son las que se toman en cuenta a la hora de elegir el modelo centrado en la comentada problemática actual.

En definitiva, el ser humano tiende a realizar planes en relación con su proyecto de vida. Dentro de este, el sujeto elabora una serie de estrategias para conseguir ser feliz y tener la máxima satisfacción y bienestar; siendo el contexto donde se relaciona, el modificador que repercutirá en tener una percepción de CV más o menos aceptable.

A continuación, en el capítulo III con el que cerramos el marco teórico, centramos la atención en la relación existente entre la CVP y los valores, pilares conceptuales de la investigación realizada en el marco de esta tesis.

Capítulo III

Valores sociales y calidad de vida profesional en contextos sanitarios

Capítulo III. Valores sociales y calidad de vida profesional en contextos sanitarios

3. 1. Presentación

En la actualidad, en España, así como en Europa, se vislumbra una leve recuperación de la situación de crisis pasada, siendo la mejora de la CV de los ciudadanos y el replanteamiento de los valores sociales existentes algunos de los retos que están siendo afrontados por parte de los estados (García, López & Broncano, 2017; Pino et al., 2013).

Estos últimos años de complejidades con incesantes cambios han repercutido sobremanera en los pilares del estado de bienestar, siendo la educación, la sanidad, las pensiones y el trabajo, algunas de las áreas más afectadas por la crisis, tal como se refleja en el Informe España elaborado por la Fundación Encuentro (2015). Entre los nuevos planteamientos relacionados con los valores sociales, los estados están teniendo en cuenta los ideales culturales y la globalidad que subyace en las sociedades actuales (Nader y Solano, 2007; Schwartz, 1992, 2001).

En base a los cambios descritos, se tendrán en consideración bases teóricas de las ciencias sociales como la sociología, la cual sostiene que los valores son aquellas cualidades que tienen los individuos vinculadas a la interacción, la interrelación, las normas y las prácticas que desarrollan los individuos dentro de la sociedad. Estas cualidades se hacen visibles en las preferencias, conductas y actitudes que tienen los individuos dependiendo del contexto donde se generan (Frondizi, 1972; Rokeach, 1973; Scheler, 2000; Schwartz, 1992, 2009, 2010). Desde otra perspectiva, la psicología también hace alusión a los valores como las motivaciones que sirven de principios guía en la vida de las personas y las representaciones de orden cognitivo que se tiene de las necesidades humanas (Gouveia, et al., 2010; Schwartz, 1992, 2010).

Por otro lado, cabe destacar que el constructo CV hace alusión a la interacción existente entre una serie de factores tanto de índole subjetiva como objetiva. La subjetividad vendrá derivada de la percepción que tienen los individuos respecto a su propia vida, así como de la satisfacción respecto a las diferentes áreas de esta (González Rey y Patiño, 2017). Por su parte, los factores objetivos hacen referencia a condicionantes externos de tipo económico, cultural, medioambiental, sociopolítico, etc. El área laboral, a su vez, es una de las que mayor repercusión tiene en la vida de los individuos, dado que en ella se conjugan factores tanto de orden subjetivo como objetivo (Ardila, 2003; Celemín, Mikkelsen & Velázquez, 2015; Cummins & Cahill, 2000; Duran et al., 2017;

Urzúa, & Caqueo-Urizar, 2012; Velasquez, 2017; Victoria & González, 2000; Yasuko, Romano, García, & Félix, 2005).

Según lo descrito hasta ahora, y teniendo como marco referencial los capítulos I y II, se encuentra un interés social por áreas como la salud, el mundo laboral, así como la educación, vislumbrando la importancia que tienen los valores sociales y la CV para los ciudadanos. Asimismo, la salud en la comunidad se ha destacado por encima de otros factores como el desempleo, la economía, las migraciones, etc., siendo una prioridad para los individuos tener una buena salud. Esta es un área en continuo cambio, directamente influida por los avances en la sanación, prevención y promoción, lo cual deriva en una sociedad más sana, longeva y con una percepción de su CV bastante satisfactoria; todos estos datos son los resultados del último informe de indicadores de salud realizado por el *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad* (2017).

El presente capítulo se inicia centrando la atención en la normativa relativa a los contextos sanitarios. Se sigue haciendo alusión a las aportaciones en relación con los contextos, concretándose en los socioeducativos, como aquellos espacios dirigidos a formar profesionales, teniendo como objetivo final la incorporación de los estudiantes a los contextos sociolaborales, a los cuales también se realizan aportaciones.

El capítulo sigue con algunos datos o reseñas sobre el funcionamiento de las instituciones, concretando en las sanitarias. Se especifica lo imprescindibles que son éstas para la sociedad, por la cantidad de aportaciones beneficiosas con relación a la salud de la población. Se finaliza el capítulo con la actualización de los elementos o componentes prioritarios que han de tenerse en cuenta al momento de la práctica profesional, siendo la CVP y los valores inherentes a los profesionales de enfermería los componentes por los que mayor interés mostramos en el presente capítulo.

En definitiva, los apartados de los que consta el capítulo tienen la pretensión de exponer de la manera lo más actual posible, la importancia que tiene la salud para toda la sociedad, más allá de los meros indicadores existentes.

3. 2. Marco normativo en relación con la salud

En todas las sociedades la salud es una prioridad, según especifica la OMS (2013), siendo su fin proporcionar una cobertura universal sanitaria. Para alcanzar los deseados niveles de salud de la población, el sistema sanitario se organiza fundamentalmente en tres ejes

básicos: la asistencia hospitalaria, la atención primaria y la salud pública. A grandes rasgos, los dos primeros concentran las actuaciones de restablecimiento de la salud y el tercer eje concentra las actuaciones de prevención de enfermedades y fomento de la salud.

En el contexto de la Unión Europea (UE) se encuentran acuerdos como la Carta Social Europea (CSE-1961), la cual contempla entre su articulado, concretamente en la parte II, el derecho a la protección de la salud, expresando que:

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: eliminar en lo posible las causas de una salud deficiente; establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; y prevenir las enfermedades epidémicas, endémicas, y otras. (art. 11).

En España, dentro del marco de la Constitución Española (1978), se halla entre su articulado el Título I y concretamente el Capítulo III, que lleva por título De los principios rectores de la política social y económica, reconociendo en su artículo 43, el derecho a la Protección de la Salud, asimismo que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Siendo los poderes públicos los que fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

Con lo expresado, se concibe que la salud de la ciudadanía tiene una prioridad básica a nivel legislativo, hecho fundamentado por una serie de leyes como la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (en adelante LGS), conformando el marco legislativo español. Dicha ley, dentro de su articulado, contemplara los derechos y obligaciones que tienen los usuarios en todas las cuestiones relacionadas con su salud.

Asimismo, existen otra serie de normativas como la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud o la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, entre otras normas que regulan la salud.

A modo de resumen, hay que tener presente que el objetivo prioritario de los estados es el de acercar la sanidad a la sociedad. Ante la demanda asistencial, los organismos e instituciones de salud aprovecharán la situación para recoger las opiniones

de los ciudadanos, los cuales harán propuestas novedosas respecto a lo concerniente a su salud. La recogida de información será realizada con los instrumentos adecuados, siendo uno de los indicadores más relevantes, la relación de la calidad asistencial y la repercusión en la CV. Cabe destacar que uno de los medios de transferir y cubrir las necesidades derivadas de las demandas ciudadanas, viene de la participación de los profesionales sanitarios.

3. 2. 1. Normativa de salud en la comunidad autónoma de Madrid

La legislación más relevante de la CAM en relación con la salud de los ciudadanos tiene sus bases en una serie de principios como: universalización, integralidad, simplificación, eficacia, eficiencia, racionalización, descentralización y desconcentración de la gestión, así como sectorización de la atención sanitaria, participación de la comunidad en general, etc. Además, este interés social también se demuestra normativa y legislativamente, siendo algunas de las leyes más relevantes la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Medidas en Materia Sanitaria y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Estas son solo algunas de las normativas que conforman el marco de referencia en salud dentro de la CAM.

En la actualidad, se está poniendo especial énfasis en el *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria* (2016-19), fundamentado en los derechos y deberes ciudadanos reconocidos tanto por la CE (1978) como por la LGS (1986). Dentro de su desarrollo se hace continua alusión a, por una parte, los participantes, entre los que se encuentran las instituciones u organizaciones y los recursos humanos (en adelante RRHH) y, por otra parte, a la figura de los pacientes-ciudadanos como aquellos que participaran del sistema sanitario.

El plan refuerza la humanización como foco de interés, así como la forma de coordinar las diferentes normativas existentes relacionadas con la salud, estableciendo como puntal básico del estado de bienestar la salud de los ciudadanos. Para legitimar este principio, se crean una serie de mecanismos que serán utilizados para garantizar la asistencia durante todo el proceso de sanación del paciente, siendo la prevención uno de los objetivos prioritarios a promocionar. Asimismo, también se hace alusión a los RRHH

como el potencial imprescindible dentro de dicho contexto, en el que aparecen una serie de derechos y deberes que tendrán todos los ciudadanos respecto a su salud.

3. 2. 1. a. Derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la salud

El Artículo 43 de la CE (1978) y la LGS (1986) exponen los derechos de los ciudadanos en relación con su salud. Por otro lado, en la CAM vendrá regulado a través de *la Carta de Derechos y Deberes de los ciudadanos*. En el documento se encomienda la protección de la salud, la organización y la tutela de la salud pública a los organismos e instituciones públicas sanitarios.

La exposición de derechos que gozaran los ciudadanos respecto a su salud es:

- El recibir una integral y adecuada atención sanitaria.
- El respeto a la dignidad, intimidad y su personalidad.
- El derecho a la confidencialidad de la información; el recibir información verbal y escrita.
- El derecho a la autodeterminación en todo lo concerniente a su salud, salvo que peligrara la comunidad.

En otro orden, como obligaciones se tienen:

- El cumplir las normas e instrucciones establecidas dentro y fuera de la institución.
- El proporcionar un trato de respeto hacia los profesionales y al resto de la comunidad.
- El cuidar y utilizar adecuadamente las instalaciones.
- El deber de firmar los documentos que estén vinculados a su restablecimiento de salud.

Estos son entre otros, los derechos y deberes contemplados en la Ley en relación con los ciudadanos. También, se ha mencionado a los profesionales sanitarios como aquellos que aportan asistencia para la mejora de la salud, por lo que también tendrán como trabajadores una serie de derechos y deberes los cuales anotamos.

3. 2. 1. b. Derechos y deberes de los profesionales sanitarios

En relación con los derechos y deberes de los profesionales de la sanidad, hallamos la Ley 8/2013, de 9 de diciembre. Esta menciona la mejora de la calidad educativa, hace alusión a los profesionales, los cuales desde las aulas deben dotarse y cualificarse con la oportuna titulación académica. Estos transmitirán conocimientos, habilidades, actitudes, valores, así como bienestar, en sus tareas cotidianas. Y en lo concerniente a los contextos de salud, dirigirán su atención a la mejora y sanación de la población enferma (Gomez, 2013; Martín & Rebollo, 2017).

Por consiguiente, los derechos como profesionales de salud son:

- La seguridad integral física y moral.
- El respeto al prestigio y al honor dentro del desempeño de funciones.
- La autonomía técnica y científica dentro de las limitaciones que le vienen marcadas por los principios, valores y leyes contenidas dentro del ordenamiento deontológico y jurídico.
- La protección de su salud frente a los riesgos derivados de su trabajo.
- El poder de renuncia expresa y lícita a prestar atención sanitaria en situaciones de amenazas o agresiones, injurias y otros casos en los cuales no conlleve desatención en la continuidad de la asistencia.
- El recibir apoyo profesional en casos que se precisara.
- El recibir una formación continuada a lo largo de su carrera profesional.
- El participar en la gestión en todo lo relacionado con el contexto de salud.

Respecto a los deberes que los profesionales sanitarios tienen:

- Deben facilitar a la población y a los pacientes cualquier actuación dirigida dentro del ámbito de su salud.
- Prestarán una atención sanitaria adecuada a cada necesidad.
- Proporcionarán a los pacientes información relacionada con su salud.
- Respetarán las libres y voluntarias decisiones adoptadas en lo relativo a la salud de los pacientes.
- Cumplirán con la obligación de información y documentación clínica entre lo que se incluye la gestión y custodia de la documentación clínica derivada de la actividad profesional.

- Guardarán secreto profesional respecto a los procesos derivados de la salud de los pacientes.

En definitiva, los profesionales sanitarios tendrán un marco amplio de deberes y derechos respecto a la salud de los ciudadanos, así como de la suya propia, dado que ellos mismos serán pacientes y profesionales dentro del sistema sanitario.

3. 3. Los contextos sociales

En los capítulos I y II se ha hecho alusión al significado de la palabra contexto³, siendo definido como el espacio donde interactúa la comunidad, el cual viene marcado por influencias colectivas, entre las que se encuentran los valores y los principios que proporcionan la base de socialización entre los individuos, apareciendo con cierta recurrencia con denominaciones como entorno, ámbito o medio (Ercilla & Tejeda, 1999). Se relaciona también con la idea de escenario, espacio, cultura u organización (Moreno, Rodríguez, Torres, Mendoza, y Vélez, 2006), donde el intercambio parte de la reciprocidad y la retroalimentación, estando inmerso el espacio físico o simbólico y siendo este el escenario para entender los episodios cotidianos (Rodrigo, 1994).

La psicología social, por su parte, conceptualiza el término contexto como aquel que hace alusión a la cultura, siendo la dimensión donde los individuos interactúan, conformando de esta forma un grupo o comunidad (Luhmann y Torres, 1998; Mercado & Hernández, 2010). Para crearse tendrá un papel prioritario la familia, los centros educativos y la comunidad, entre otras de las áreas sociales. Este será el espacio donde el sujeto desempeña las tareas encomendadas, afrontando situaciones de orden objetivo y subjetivo respecto a la situación social existente (González-Rey, 2008).

Por otro lado, hay que expresar que la sociología social conceptualiza el término contexto como el conjunto de circunstancias que vienen enmarcadas dentro de una situación que afecta a uno o a un conjunto de individuos, siendo los contextos cambiantes según la situación, el momento y la cultura existente (Giner, 2010; Giddens y Muñoz de Bustillo, 2007; Tezanos, 2006).

³Véase capítulo I epígrafe 1.6. Relevancia de los contextos en los valores y capítulo II, epígrafe 2.5.1. Instrumentos de medición de la CV y sus ámbitos de estudio.

En resumen, los contextos van a ser los espacios o lugares donde los individuos interaccionan e interrelacionan con otros individuos o grupos afines, siendo la semejanza que existe entre ellos el vínculo de unión. Otros factores que incluyen en la creación de ese vínculo son las condiciones, el nivel y los modos de vida, así como la relación o afinidad a distintas áreas como la laboral, la educativa o la económica, entre otras.

3.3.1. Contextos socioeducativos

En el informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI, Delors (1996) expuso que no basta conocer y saber hacer, sino que es necesario ser profesional. Estas palabras vienen a exponer que es necesario generar competencias para después sean dirigidas hacia los espacios laborales. Asimismo, estas han de ser generadas en los contextos idóneos, siendo estos los espacios formativos.

Autores como Jover (2008), Molano (2007), Olive (2007), refieren que la formación como objeto, tendrá un marcado papel democratizador del saber y el conocimiento, donde el desarrollo científico y tecnológico se garantiza con los recursos suficientes. El fin es el mantenimiento del patrimonio cultural de las sociedades, se genera con modelos adecuados de participación, siendo el papel de los contextos educativos la promoción y protección la identidad cultural, así como la transmisión de los valores existentes, y su objetivo prioritario conseguir un grado de autonomía suficiente de las personas para el ingreso a los contextos laborales de manera adecuada (Colás, 2002).

Otros autores como Musitu, Moreno, y Martínez (2005), refieren que el medio natural primario de socialización es la familia, con el apoyo del contexto educativo por excelencia la escuela. Este es el espacio físico e institucional de índole formativo y socializador donde el aprendizaje y la relación entre los integrantes debe de tenerse en cuenta (Bruner, 2015). En estos espacios se conseguirán una serie de mejoras, imprescindibles para la consecución de los objetivos marcados, siendo los niveles individuales y de grupo los que se harán visibles en una CV aceptable (Cherobim, 2004; Echavarría, 2003; Zapata y Duque, 2013).

De las finalidades generales que tiene la educación, las más importantes son dar formación y que los alumnos adquieran competencias. En este sentido, el contexto tiene especial incidencia, dado que en él se capacita a los individuos con el fin de ayudarlos a realizar el tránsito hacia el mundo laboral (Almada, 2000; Fernández March, 2010;

Murga, 2015). Así, la educación actúa como refuerzo o elemento corrector de las influencias sociales o familiares, siendo imprescindible que estos elementos tengan un entendimiento complementario e indispensable (Ortega y Mínguez, 2009).

Entre las funciones específicas que tendrán los contextos educativos, cabe destacar el grado de participación y dominio que poseerán los alumnos dentro del proceso de aprendizaje, así como los modos de convivencia (Marchesi, Palacios, & Coll, 2017; Tobón, Prieto, y Fraile, 2010), siendo su finalidad el logro de un grado de autonomía respecto a los procesos de aprendizaje (Aurelio, 2007; Duarte, 2003; Falcó, 2004; Fernández March, 2010; Gallardo, 2017; Mugarra et al., 2011; Sastre, 2018; Tobón et al., 2010). La autonomía vendrá vinculada a la adquisición de competencias específicas por parte de los alumnos, estando basada en cuatro pilares que son: aprender a ser, aprender a hacer, aprender a aprender y aprender a vivir juntos (Delors, 1994, 1996; Lemke, 2006; Marchesi, 2003; Marchesi, Tedesco, y Coll, 2011; Morín, 2000; Sanz-Ponce y González-Bertolín, 2018; Saviani, 2018).

En línea con los pilares mencionados, en estos últimos años se están viviendo una serie de cambios en los espacios formativos y los conceptos que más atención están captando son el reconocimiento del valor social y la repercusión que tiene desde la educación. Se ha mencionado a la escuela, como el espacio idóneo para proyectar, modificar y adaptar los valores a la sociedad del momento (Aguerrondo, 2017; Benavides, 2010; Duarte, 2003; Parra, 2003; Sánchez y Araya, 2017; Sanz, 1994) siendo una de las pretensiones socioeducativas en la sociedad actual instaurar el modelo de educación en valores y una de sus metas la axiológica. Esto se debe al impulso pedagógico que esta corriente transfiere, dado que la educación ha de tener el papel de ser el contexto idóneo para el desarrollo de las personas y de las sociedades (Bazán, 2017; García-Aretio, Ruiz, y Domínguez, 2007; Imbernon, 1999; Marchesi et al., 2017; Saviani, 2018; Serrano, 2003).

Otra de las pretensiones educativas y que precisa de cambios, es mejorar las condiciones y la CV de los individuos, utilizando como medidas el fomento de la igualdad, la equidad y la diversidad, lo cual se verá reflejado en el fortalecimiento de la identidad y personalidad del individuo y en la visión de mejora de la calidad. En línea con lo expresado autores como Aguerrondo (2017), Blanco (1985) y Merchante, Gago y Abad

(2017), refieren que es necesario que en los espacios de socialización como son las escuelas se genere conocimiento suficiente para beneficio de la sociedad.

Rodríguez & Muñoz (2010), expresan que la educación está jugando un papel prioritario en el desarrollo de la humanidad, dado que los enfoques que se promueven van en una línea humanista, premisa ya fundamentada por Sen (2004, 2012), el cual tuvo en cuenta la flexibilización de los valores y la cultura para poder encontrar el equilibrio entre la economía y el desarrollo social. De todo esto se deduce que otra de las funciones específicas de la educación es, prosperar y entrelazar líneas coherentes de mejora de la sociedad en el que las oportunidades, desigualdades, diferencias, etc., que tengan los ciudadanos, sean tan solo productos de los cambios culturales que se precisan para organizar nuevos modelos justos y equilibrados, siendo los modelos humanistas los más adecuados (Giroux, 1990; Tobón, Guzmán, Silvano, y Cardona, 2015).

Hay que mencionar que, tras el periodo de formación, la adquisición de conocimiento y de competencias - todas ellas imprescindibles para la incorporación al mercado laboral-, se obtendrá como resultado nuevas cohortes de profesionales. En relación con los profesionales sanitarios, expresa Moran-Barrios (2013) que estos pondrán a disposición de la sociedad sus capacidades, conocimientos, pautas de conducta y disponibilidad, siendo una de las exigencias la transferencia de todo saber aprendido. El indicador de éxito será la resolución de los problemas de salud de los sujetos, conformando la procedencia del suceso la interacción y el intercambio simbólico el escenario en el que se forjan las relaciones sociales (Gibbons et al., 1997).

A modo de resumen, los contextos educativos promoverán la mejora de la calidad en todas sus vertientes, así como la mejora de las condiciones de vida y fomentarán la igualdad, la equidad y la diversidad. Esto aumentará las competencias, las capacidades y la proyección de la identidad a través de la profesionalidad, al tiempo que se avanza en el logro de un alto grado de CV y la reafirmación de los valores sociales inherentes al sujeto, quien los transferirá de manera adecuada al resto de la sociedad.

3.3.2. Contextos sociolaborales

Se ha hecho mención de que el contexto socioeducativo es el espacio idóneo para formar profesionales. En la actualidad el mercado laboral, las organizaciones e instituciones están compuestas de RRHH, así como de medios materiales e inmateriales, ordenados

bajo una dirección. Esto persigue propósitos económicos, ecológicos, sociales y culturales, estando implicados los objetivos a conseguir y los procesos de organización de acuerdo con la misión y visión que tienen las instituciones (Ávila, Silva, y Miranda, 2016; Fernández-Rios, 1999; González, 2016; Gorostegui, 2012; Prieto, 2007).

Los contextos sociolaborales van a ser los espacios de interacción de los trabajadores, teniendo en ellos la misión de cumplir con los objetivos, metas y retos de la institución para ser lo más competitivos posible. Para ello es necesaria la implicación de todos los trabajadores y de la propia institución (Illada, Zambrano, y Ortiz, 2009).

Por su parte, Caballero (2002), refiere que dentro de los contextos laborales existe el uso de términos como identidad, clima, satisfacción, talento, etc., lo cual hará pensar en nuevos modelos adecuados a las situaciones laborales actuales. Modelos que exigen tener profesionales satisfechos y motivados, con una serie de rasgos característicos como: cualificación, proactividad, desarrollo personal, empatía, innovación, trabajo en equipo, capacidad de adaptación a la organización, etc. (Barrio, Molina, Sánchez y Ayudarte, 2006; Hernández-Vargas, Llorens-Gumbau y Rodríguez-Sánchez, 2014; Tobón, Zapata, Lopera y Duque, 2014).

Al realizar un examen pormenorizado del contexto laboral sanitario actual, se evidencia que la mayoría de los enfoques van dirigidos a la ética laboral, al bienestar subjetivo y a la aplicabilidad de las nuevas modificaciones que se están generando respecto al contexto sanitario (Camejo, 2015; Gil-Monte, 2003; Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005). Es importante destacar que las instituciones sanitarias tienen como objetivo prioritario la mejora de la salud de la población y, en esta línea, se están realizando esfuerzos teniendo en cuenta requisitos como la eficacia y la eficiencia; la excelencia en la prestación del servicio, según se desprende en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; así como la prestación de servicios con una visión humanizadora, tal como propone el Plan de Humanización de CAM (2016-19).

En estos contextos, los RRHH van a ser una de las líneas prioritarias para las instituciones, dado que estas se han dado cuenta que tener un departamento de personal eficaz, las llevará a la excelencia deseada y a conseguir los objetivos marcados, siendo las condiciones de trabajo y el bienestar laboral, los aspectos para tener en cuenta (Casas

et al., 2002; Gómez-Aguilar, 2007; Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008; Martín, 2005; Melgarejo y Ballén; 2010).

Dentro de las instituciones de salud, existen profesionales como las enfermeras, las cuales en su etapa formativa tuvieron que diferenciar entre los factores de índole social como formal que pueden afectar a la labor que desarrollan como profesionales. En espacios educativos, se va a tener en cuenta la condición de persona que tiene el estudiante para un sano desarrollo personal y profesional, asimismo, se va a considerar el respecto a la dignidad del paciente; con el fin de poder construir y transmitir valores, desarrollar un modelo identificativo de profesional y una competencia social (véase, Cuadro 7).

Cuadro 7.

Aportaciones educativas a los contextos sanitarios.

FACTORES	APORTACIONES EDUCATIVAS
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Aportaciones conceptuales en la relación salud-enfermedad. -Aspecto de la profesión a tener presente: educativos, asistenciales y organizativos. -Construyen una nueva visión de la concepción del ser humano. -Contribuyen al conocimiento de la profesión dentro del conocimiento científico. -Diferenciación de la asistencia profesional por grupo de edad. -La identidad y reconocimiento consolidado en la sociedad respecto a la profesión. -Nuevas formas y maneras de afrontar la enfermedad, y nueva visión de la muerte. -Perspectiva biopsicosocial de las disciplinas de salud como componente idóneo. -Se tiene en cuenta a la sociología: considera la salud un constructo en el que la promoción, rehabilitación, y la sanación son puestas en funcionamiento en su momento
Formales	<ul style="list-style-type: none"> -Compromiso de elevar la calidad, tanto a nivel profesional como social. -La organización de la profesión de enfermería, a través de colegios profesionales. -Las instituciones formativas aportan cambios en los programas que desarrollan. -Regulación de la profesión. -Instauración normas legales, que regulen la profesión a nivel educación y ejercicio profesional.

Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, con el análisis de los aspectos sociales y formales expresados, se deduce que las profesionales de enfermería al tener una serie características que son beneficiosas para la sociedad, por su parte, la institución para la que trabajan fomentara:

- Las relaciones interpersonales.
- La posibilidad de desarrollo personal y laboral.
- La compensación económica.
- La seguridad y condiciones laborales.
- La estabilidad laboral.
- Las políticas y la administración de la institución, entre otras.

Autores como Karasek (1989) con su modelo demanda-control con vigencia en la actualidad, tuvo en consideración las características expresadas. También tuvo en cuenta el compromiso institucional y profesional como elemento imprescindible para que el ambiente y clima laboral sea el adecuado y los trabajadores tengan una percepción de su CV aceptable (Cabezas, 1998, 2000).

Asimismo, también hay muestras de interés por el desarrollo laboral, el cual viene vinculado a la evolución y reconocimiento profesional, como elemento motivacional potente en el que el esfuerzo del propio profesional lo lleva a encontrar la excelencia (Fernández-Losa, 2002; Ortega et al., 2015).

A modo de resumen, es prioritario que en los contextos sociolaborales se desarrollen y apliquen políticas de RRHH; siendo las instituciones las que deben vincularse a los trabajadores en el proceso de toma de decisiones. El respeto a las normas y la cultura interna, son elementos internos por potenciar dada la repercusión que pueden tener en la CV que percibe el trabajador y en los valores organizacionales vigentes (Badillo-Reyes, López-Castellanos, y Ortiz-Ramírez, 2012; Carrillo-García, Martínez-Roche, Gómez-García, y Meseguer-de-Pedro, 2015; Fernández San Martín et al., 2000; Galimany, Roca, y Girbau, 2012).

3. 4. La institución

Las instituciones como estamentos forman parte de la sociedad y tienen un papel que cumplir dentro del conjunto estratificado existente, viniendo marcado por el momento histórico, social y cultural en el cual se hallan (Avila et al., 2016; Fichter, 1954; García, Díaz, y Velasco, 2016; Navarro, 1998; Victoria y González, 2000).

Cualquier organización o institución está constituida por una serie de elementos fundamentales, entre ellos: a) objetivos, b) recursos, c) sistema y métodos, d) cultura, e) entorno y f) estructura, entre otros. Las organizaciones e instituciones pondrán en funcionamiento todos estos elementos, contando de antemano con el fenómeno globalizador mercantil, en el cual se copian o critican modelos instaurados obsoletos o pocos eficaces, en el que los recursos con los que cuentan son un objetivo por trabajar y los valores uno de los principios a emprender.

Según se desprende del Informe España (2015), en la actualidad, las instituciones se han replanteado una serie de cambios, entre otros, conseguir tener un papel dentro de las sociedades, buscando nuevos planteamientos y asumiendo nuevos componentes como, por ejemplo, la instauración de los departamentos de responsabilidad social. En estos departamentos se manejarán temas de interés como el clima laboral, la satisfacción global, la flexibilidad, el compromiso a todos los niveles o el respeto al medio ambiente, entre otros. Además, se han convertido en uno de los engranajes prioritario de los RRHH, dado que ayudarán a modificar y transformar todas las estructuras obsoletas, aportando saber, conocimiento e instaurando nuevos valores para la institución y la sociedad, generando beneficios a los sujetos y a la sociedad en su conjunto (Carvalho, 2008).

A continuación, se centra la atención en las instituciones sanitarias como aquel pilar que se dedica al cuidado de la salud de la sociedad. También en los RRHH como el recurso necesario para poder conseguir las metas institucionales y sociales propuestas.

3. 4. 1. Las instituciones sanitarias

La salud ha sido siempre un garante de bienestar individual y social. El ser humano ha tratado de paliar cualquier situación anómala relacionada con la salud, teniendo en cuenta el momento histórico concreto y los instrumentos y recursos existentes (Moreta, Gabior y Barrera, 2017; Gracia y Herrero, 2006; Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000). Como momento histórico, es bueno nombrar la Revolución Industrial, en este periodo se realizaron grandes avances respecto a la sanación y la salud de la población (Gallegos, 2012; Gastañaga, 2012; Herrero, 2016; Restrepo, 2001).

La administración sanitaria está formada por el conjunto de instituciones que forman parte del gobierno, las cuales siguen y apoyan las directrices y normativas que se han de alcanzar en el campo de actuación sanitaria (Gervas y Meneu, 2010; Meneu y

Ortún, 2011). Estas instituciones tienen encomendada la misión de ser los contextos donde se proporcionan los cuidados necesarios de prevención y promoción de salud de toda la población, así como de ser espacios formativos y de ejercicio de la profesión (Araque, 2008; Morán-Barrios, 2013).

Es necesario mencionar la educación como colaboradora activa en los avances y cambios que se realizan en lo que respecta a la salud, siendo los espacios formativos el lugar idóneo de transmisión de conocimiento y saber. En estos espacios se forman profesionales encargados de ejecutar cambios organizacionales y de especialización (Canet, Roca y Gros, 2016; Delors, 1996; Ferreyra y Rimondino, 2005; Gómez-Aguilar, 2007; Moral, Frías, Grande, Hernández, y Del Pino, 2005; Solar, 2018).

Para conseguir los objetivos que tienen las instituciones sanitarias, a los profesionales se les ha de prestar atención y cuidados, ya que de ellos depende que la población tenga una percepción de su CV aceptable en relación con su salud (Alva & Morales, 2017; Casas y Klijn, 2006; Schwartzmann, 2003; Urzua, 2010).

Actualmente, estamos inmersos en un hito histórico, en relación con los avances tecnológicos. Como herramienta se han ido adaptando a las necesidades existentes. En lo concerniente a la salud también han sido notables los avances relacionados a esta área (Ávila-Morales, 2017; Frenk et al., 2015; Moral, Gascón y Abad, 2014; Moorhead, Swanson, Johnson, Maas & Faan, 2018; Schwab, 2016).

Para resumir, las instituciones sanitarias tienen el deber y la obligación de velar por la salud ciudadana y de los profesionales de salud, identificando como prioritarias las líneas de prevención y sanación (Casas et al., 2002; Frenk et al., 2015; García et al, 2011; García Moyano, 2015; Ruano, 2011).

3. 4. 2. Recursos humanos: máximo exponente dentro de la institución

Los RRHH son el elemento imprescindible dentro de cualquier institución, incluso más si esta forma parte del ámbito de la salud (Ballester et al., 2016; Gorostegui, 2012; Vivas-López y Fernández-Guerrero, 2011).

Según D'Angelo (1995), toda persona tiene un proyecto de vida a realizar, donde se involucra lo personal y lo profesional en estrecha relación con el mundo y hacia sí mismo, convirtiéndose en su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de

sociedad determinada (Hernández, 2000; Hernández y Ramírez, 2015; Mazuecos y De-Juanas, 2015; Salazar-Gomez y Tobón, 2018).

Partiendo de esta expresión, los contextos laborales tienen una ventaja respecto a los proyectos de vida de los individuos, dado que al ser participantes activos dentro del contexto en el cual se desenvuelven, realizarán constantes evaluaciones respecto a la percepción que tienen de su CV (Araque et al., 2007; Araque et al., 2016; Casas, et al., 2002; Elustondo, et al., 2010; Hernández, Ramírez, y Sánchez, 2008; Tomás-Sábado et al., 2011). También se harán valoraciones de las metas, aspiraciones y consecuciones de los sujetos, valoraciones intrínsecamente aceptadas y vinculadas al desarrollo personal y laboral, aspectos a tener en consideración por las instituciones que deben visualizar los RRHH como el máximo recurso con el que contar y que han de potenciar (Siliceo, 2006).

Por otro lado, se hace alusión al término trabajador. El Código de Trabajo (1943) apunta al término como aquel que hace referencia a toda persona física que, a cambio de su fuerza de trabajo, recibe una retribución y, a su vez, está subordinada a la estructura interna de una institución. Este término aparece en la Revolución Industrial, en que las personas están unidas a una serie de derechos interrelacionados con las políticas de ámbito laboral (Drucker, 2003, Sennet, 2000).

Desde la OIT, se legislan y aportan normas, mencionando las limitaciones y derechos que tienen todas las personas como fuerza de trabajo, diferenciando entre trabajador cualificado y no cualificado (Asenjo et al., 2012; Prieto, 2007). Podemos definir cada uno de ellos de la siguiente manera:

- Trabajador no cualificado: aquellos que realizan tareas rutinarias y sencillas, requiriendo del uso de herramientas manuales y esfuerzo físico para desarrollar su labor.
- Trabajador cualificado: aquel que mediante su formación y conocimiento tiene autorización para ejercer una disciplina, ya que su formación es acreditada profesional y académicamente. Este tipo de trabajador ejerce una profesión que requiere de conocimientos formales y especializados, inculcados desde estamentos educativos y residiendo en su cualificación el aval que precisa el individuo para ejercer tal profesión (Peiró, 2004).

Durante el siglo XIX, las profesiones eran consideradas organismos mediante los cuales se podría establecer un nuevo precepto social en contraposición con la sociedad

tradicional (Pérez, 2001). Anteriormente se ha mencionado la *Revolución Industrial* como el periodo en el que aparecieron cambios que llevaron a los trabajadores a profesionalizarse en áreas y tareas.

En cambio, el siglo XX se caracteriza por una explosión demográfica, la huida de los centros rurales a las urbes y, como consecuencia de ello, un nuevo individuo llamado profesional (Frenk et al., 2015; Marroyo, 2003). En ese periodo aparecen autores como Wilensky (1964), quien propone la adaptación al mercado existente, ya que dicha adaptación era la pieza prioritaria y necesaria para mantener una perfecta conjunción social. Para conseguir la adaptabilidad mercantil, se precisa que los trabajadores se profesionalicen.

Según expresa Pérez (2001) la profesión es aquel fenómeno social y cultural en el que intervienen conocimientos, habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que comparten todos los trabajadores y que dependen, de una manera u otra, de los espacios económicos, culturales y sociales en los que surgen y se desarrollan.

Por su parte Hernández y Paipa (2010), el fenómeno de la profesionalización parte de la homogeneidad grupal, dado que todos los individuos deben de tener conocimientos formales, normas y códigos, como señas de identidad, con los que poder desarrollar modelos teóricos a partir de los cuales poner en práctica la profesión.

En el presente siglo XXI aparecen cambios de orden estructural, en ellos destaca el Espacio Europeo Educación de Superior (EEES). En él aparecen nuevos enfoques en relación con la formación universitaria, la renovación en las metodologías existentes y el desarrollo de nuevos diseños más competitivos en los que el protagonista de la inmersión curricular va a ser el propio alumno. Asimismo, se fomenta el trabajo en equipo y colaborativo, potenciando la adquisición de herramientas para un aprendizaje autónomo y permanente (Araujo, 2011; Canet et al., 2016; Martínez Martín, 2007; Toro, 2015). Además, se tiene en cuenta la adquisición de conocimientos a poner en práctica, sirviendo a su vez de medio de vida y determinando el nivel de ingresos económicos (Aron, 1981; Gómez y Morales, 2004; Sánchez et al., 2015; Seoane, 2008).

Por su parte Tobón (2008, 2013), comenta que en la actualidad se requieren profesionales creativos e innovadores. Por otro lado, Hernández y Paipa (2010), refieren que se debe de perfilar y reglamentar la profesión, y aportar competencia y práctica

profesional a la sociedad, considerando que para ello es imprescindible adoptar una ética y un código profesional.

A modo de resumen, existe la necesidad de mantener una conexión formación – trabajo y contar con cohortes de ciudadanos preparadas profesionalmente y con competencias adaptadas a los nuevos contextos, dado que la investigación y la ciencia avanzan rápidamente, y sus aportaciones al campo del saber generara nuevos logros; los cuales pueden hacerse visible a través de los espacios formativos, ya que está siendo prioritario dentro de las sociedades buscar la eficacia y eficiencia con el compromiso del trabajador en el propósito de dar cobertura a las necesidades básicas de los ciudadanos y a las propuestas por la institución (Fernández-Ríos y Sánchez, 1997; Osorio, Ramos y Walteros, 2016; Silano, 2013).

3. 5. Componentes anejos a la profesión de enfermería en el siglo XXI

La profesión de enfermería está dedicada a proporcionar cuidados y atenciones a la ciudadanía y presenta un amplio recorrido histórico, siendo las etapas por las que ha pasado las siguientes: doméstica, vocacional, técnica y profesional. En esta última etapa la enfermería se consolida como ciencia de la salud (Amezcuca, 2018; Martín y Rebollo, 2017).

En el siglo pasado, y como hito para la profesión, en el año 1965 la Asociación Americana de Enfermería (ANA) realizó un informe sobre la formación que debía tener un profesional de enfermería, haciendo alusión a la independencia respecto a la institución, la formación focalizada en el servicio y el rol de los profesionales como educadores (Albar y Sivianes-Fernández, 2016; García, 2011; Mercado y Hernández, 2010; Merchán, Eugenia, y Tobón, 2005; Oguisso y Freitas, 2016).

Asimismo, en España, en el año 1984 se realizaron una serie de cambios que afectaron a dicha profesión. Entre ellos, el que más impacto tuvo fue la elaboración de la reforma de la atención primaria, cuando se iniciaron medidas que repercutían en el desarrollo profesional (Ortún y Callejón, 2012). Desde ese momento, las profesionales tendrían una visión social reconocida, emergiendo con fuerza la profesionalización de la atención y el cuidado de la salud por parte de las enfermeras (Alvarado, 2004). Se llevaron a cabo cambios respecto a los conocimientos propios de la disciplina, considerándose la calidad un reflejo de la responsabilidad social que transmiten las profesionales (Alfaro,

2015; Amezcua, 2007, 2018; Cabal y Guarnizo, 2011; Camejo, 2015; González, 2016; Martínez Martín, 2007; Saldaña, 2006).

En el presente siglo XXI, las profesionales de enfermería como proveedoras de cuidados y atenciones se enfrentan cotidianamente a múltiples situaciones dentro del desarrollo de su actividad laboral, haciéndose visibles una serie de cambios de tipo psicofisiológico derivados del estrés, el *burnout*⁴, etc. (Ballester et al., 2016; Koivula, Paunonen & Laippala, 2000; Méndez Venegas, 2019; Novoa et al., 2005; Rivera-Ávila, Rivera-Hermosillo y González-Galindo, 2017; Rodríguez y Rivas, 2011). Estos cambios vendrán generados por la emergencia, el sufrimiento, la enfermedad, así como por conflictos con otros profesionales, falta de identidad, inestabilidad laboral, presión en el puesto de trabajo, etc. Todos ellos son factores influyentes en la satisfacción laboral, los cuales también tienen repercusión en la CVP y en los cuestionamientos éticos profesionales respecto a la escala de valores sociales puestos al servicio de la profesión en el momento de prestar la atención que precisan los ciudadanos (Adler, 2007; Garzón, 2005; Velasco y Fuentes, 2016).

De entre las metas a conseguir en este siglo, encontramos la adquisición de una identidad social más sólida por parte de las profesionales de enfermería, así como una autonomía profesional que deberá concretarse en tareas apropiadas para que estas puedan ser independientes y generar un corpus de conocimiento propio en aras de que la demanda social aumente gracias a una identidad clara de la profesión. Por otra parte, también ha de tenerse en cuenta que su capacitación y formación enriquece la sociedad y les aporta valor como promotoras de cambios (Bolívar, 2005; Cano-Caballero, 2004; Soto, Masalan, y Barrios, 2018; Vasconcelos, Backes, & Gue, 2011).

En consecuencia, tras lo expuesto hasta el momento se enumeran algunos de los componentes con los que cuenta la profesión de enfermería siendo:

- Organización a través de colegios profesionales.
- Prácticas profesionales adecuadas a la formación.
- Promoción profesional como estímulo y motivación vocacional.

⁴ El anglicismo *burnout* traducida al español hace referencia al síndrome de desgaste profesional o, coloquialmente, del trabajador quemado.

- Valores éticos, sociales y morales vinculados a la percepción de una CV aceptable.

En las siguientes líneas se proporciona una visión de la disciplina de la enfermería y de los componentes prioritarios para el ejercicio de la profesión.

3. 5. 1. La organización de las profesionales de enfermería

El profesional sanitario es aquel sujeto, que ejerce una actividad en el sector de la asistencia sanitaria, teniendo reconocimiento de la cualificación y estando reguladas dentro de la actividad o actividades que dan acceso al ejercicio de la profesión.

Hay que aclarar que, en los ámbitos de salud, se define la cualificación profesional como el conjunto de competencias adquiridas a través de la formación, Esta formación lleva anexo el compromiso y la búsqueda de excelencia en el desarrollo de la actividad profesional, así como la ética profesional a aplicar.

El profesional sanitario tendrá la oportuna titulación oficial, así como la cualificación suficiente para poder ser médico, enfermero, farmacéutico, etc., ejerciendo adecuadamente su disciplina. Dentro del grupo de sanitarios mencionados, encontramos los profesionales de enfermería en constante cambio y evolución, serán en su mayoría diplomados y graduados universitarios en enfermería (en adelante DUE⁵) y para ejercer la profesión deberán de estar colegiados.

El *Consejo Internacional de Enfermería* (CIE) es, por su parte, una de las organizaciones más importantes para la enfermería, siendo la primera asociación que se centró en los aspectos éticos y jurídicos de la profesión y generando, así, el primer código internacional de ética de enfermería (1953).

En la actualidad, los RRHH sanitarios han de estar comprometidos con la actualización y reciclaje constante de su cualificación, para asegurar la mejora permanente de sus procedimientos en aras de favorecer la CV de la población (Chiavenato y Sapiro, 2017; González, 2016; Gómez y Sabeh, 2001).

A modo de resumen, es imprescindible que las profesionales de enfermería se organicen en grupos de responsabilidad, ya que el compromiso hacia la salud y bienestar

⁵ Se va a hacer extensivo el uso de DUE, por ser mayoría en la actualidad los diplomados que ejercen la profesión.

de los ciudadanos es una de las premisas de su profesión. Al estar organizados, se promoverá el avance del ejercicio de la profesión, en pro de la calidad y la excelencia que se precisa. Durante este proceso aparecerán criterios a debatir relacionados con la ética, autonomía, responsabilidad y los avances científicos que vayan aconteciendo.

3.5.2. La práctica como actividad de las profesionales de enfermería

El mencionar la práctica profesional de enfermería es hacer referencia al conjunto de actividades que se realizan por parte de los profesionales. Generalmente, estas suelen venir derivadas desde la época universitaria, siguiendo durante toda la vida profesional y dirigidas a la adquisición de habilidades suficientes para poder desarrollarse en la carrera profesional.

Dicho de otro modo, hablar de actividad profesional de la enfermería es hacer mención de la ejecución de funciones asistenciales dentro de una institución, siendo un componente prioritario de la disciplina (Benavides et al., 2006; Hernández-Cortina y Guardado de la Paz, 2004; Casas et al., 2002).

Entre las actividades que las profesionales de enfermería pueden llevar a cabo encontramos que estas pueden ser de tipo asistencial, docentes, de gestión e investigadoras:

- Enfermera asistencial: la identidad y el rol profesional que desempeña es el más conocido en la sociedad. La asistencia irá dirigida a atender las necesidades básicas dentro del proceso de restablecimiento de salud, así como a reducir las molestias y motivar al paciente con el fin de alcanzar el bienestar y una mayor CV de la población, entre otras de sus funciones. También forma parte de esta asistencia apoyar a la población sana, fomentar y conservar la salud y el bienestar, así como prevenir la enfermedad.
- Enfermera docente: en constante evolución dada la complejidad de la atención sanitaria, aportando mayor calidad en la interacción individuo-salud. En este rol se desarrollarán contenidos teóricos marcados por las propias necesidades ciudadanas. En la actualidad, se precisa de una profesional más experta respecto a los cuidados que precisa la población. Además, la formación continuada también será precisa para aumentar el conocimiento, apostando

por el reciclaje y la puesta al día en lo que a calidad de prestación y bienestar se refiere.

- Enfermera de gestión o de administración: es aquella que tiene asociadas dentro de sus actuaciones las responsabilidades de control de servicios, organización y planificación de la práctica enfermera. Se fomenta el trabajo en equipo, lo que cohesiona todo el equipo sanitario que interviene en la sanación de la población enferma o en la promoción y prevención de la salud.
- Enfermera investigadora: es el rol menos conocido de todos, siendo en la actualidad la que más desarrollo tiene. Para configurar un corpus completo, las profesionales enfermeras tienen la obligación de indagar en los cambios existentes y evaluar los conocimientos que se precisan para las necesidades que tiene la población. En otras palabras, cualquier rama que se dedique a dar saber al constructo humano, debe indagar o investigar con la finalidad de incrementar el cuerpo de conocimiento relacionado con los principios teóricos existentes, así como con la práctica profesional.

A modo de resumen, de lo expresado se debe partir de la necesidad de una continuidad en la formación como una obligación y un derecho a tener en cuenta, dado que el profesional debe mantenerse al día en conocimientos y metodologías, y seguir realizando investigaciones en las que emprender acciones en las que el objetivo prioritario sea la salud de la población.

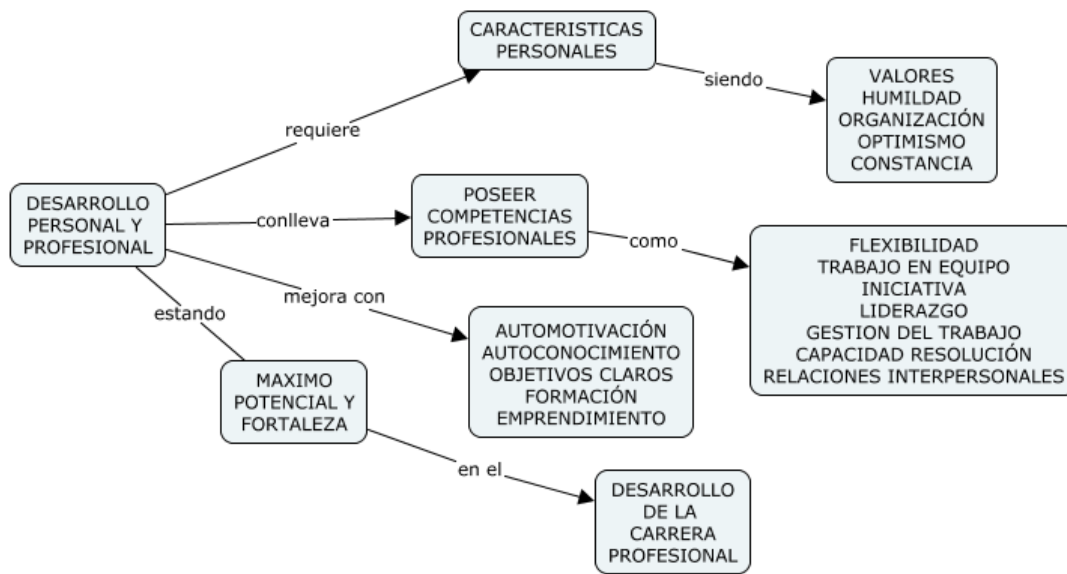
3. 5. 3. La promoción profesional un estímulo al desarrollo profesional

En el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre de 2003) expone, que se establecerán mecanismos para una carrera profesional, suponiendo un derecho de los profesionales progresar de forma individualizada como reconocimiento a su desarrollo profesional, teniendo en cuenta la experiencia, los conocimientos y el cumplimiento de los objetivos planteados por la institución en la cual prestan servicios (art. 40).

Inicialmente referir que la promoción tendrá en cuenta los méritos asistenciales, formativos, de gestión e investigación desarrollados por las profesionales, siendo fundamental que estos criterios sean acreditables. Cuando estos son reconocidos y evaluados por las comisiones de valoración, se proporciona a las interesadas un grado

superior, en el cual la existencia de formación continuada tendrá un valor, así como la antigüedad y características específicas dentro de la institución (véase, Figura 4).

Figura 4.
El desarrollo personal y profesional.



Fuente: Elaboración propia.

Por consiguiente, la promoción profesional como componente formal genera bienestar en el desarrollo profesional (Ávila-Morales, 2017; Luengo y Paravic, 2016). De esta manera, la promoción se convierte en un incentivo del buen ejercicio profesional, ayudando a reforzar el reconocimiento individual e institucional, así como los objetivos a conseguir (Herrera-Amaya y Manrique-Abril, 2008; Potter, Faan, Perry, Faan, & Stockert, 2019).

Actualmente, existen nuevos aportes metodológicos a la enfermería del siglo XXI, los cuales proporcionan un cierto estímulo a la profesión. Algunos de estos aportes son: la implantación de los modelos de soporte vital enfermero (en desarrollo en varias comunidades autónomas españolas como Murcia, Cataluña o el País Vasco), el modelo de soporte vital básico (en la Comunidad Valenciana) o el servicio de ayuda médica urgente (en el resto de las comunidades), que actúan elementos motivadores para el desarrollo personal y laboral de tales profesionales (Ballesteros, Lorrio, & Rollán, 2012; Sánchez et al., 2015).

Otra área en desarrollo es la formación en salud en los centros docentes, haciéndose visible la educación para la salud. Esta será impartida por enfermeras comunitarias y se dirigirá a los escolares con el objetivo de que estos hagan una proyección hacia el autocuidado y reconocimiento de la enfermedad en momentos puntuales. La iniciativa nace por los nuevos problemas de salud detectados en la ciudadanía, los cuales no pueden ser abordados ni por familiares ni por educadores (Davó et al., 2009; Rodríguez Cabrera et al., 2008; Icart; Pulpón; Pedreny, Úbeda, y Roca, 2003).

En conclusión, las enfermeras en la actualidad son vistas como agentes sociales activos, promotoras de la sanación y curación de la salud de la población enferma, siendo sus competencias de gran importancia tanto a nivel social como económico.

3. 5. 4. Los valores sociales de las enfermeras en la sociedad actual

Tal como hemos aclarado en el capítulo I, en la actualidad vivimos en sociedades donde existe un notorio quebranto de los valores impuestos. Estos, además, van cambiando al ritmo que la sociedad va marcando (Elbert, 2015; Torres, 2015).

En estos últimos años se han realizado estudios sobre el sistema axiológico de los individuos en consonancia con sus actitudes y conductas (Hodelín y Fuentes, 2014; Mendoza, Martínez y Rodríguez, 2009), siendo la función de los valores el dar información con la que evaluar y criticar las conductas deseables (Gallego, 2015).

Las instituciones sanitarias crean sus propios valores, ocupándose de transmitirlos a todos los estamentos internos, apostando por una serie de aspectos mejorables como la cultura del liderazgo, el trabajo en equipo, la comunicación eficiente, etc. Dentro de la formación de los equipos de trabajo, un elemento prioritario será el líder, el cual dentro de los contextos adecuados promoverá la transmisión de valores personales e institucionales (Bermejo y Villacieros, 2013; Hernández et al., 2008; Toro y Tallone, 2013). Los valores se harán visibles en conductas, siendo la interrelación y la interacción del grupo elementos básicos a promover entre sus miembros (Aguilar et al., 2007; Palencia y Castellanos, 2008). Los valores que promueven las instituciones sanitarias suelen fundamentarse en la humanización de la atención, el respeto, la sanación y los DDHH, entre otros. Además, se hacen explícitos en la misión de la propia institución, según se desprende del *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria* (2016-2019).

Algunos de los valores sociales más comunes en todas las instituciones sanitarias son los siguientes:

- El desempeño social: la misión y consecución de los objetivos.
- La identidad: compromiso con el grupo y con uno mismo.
- La justicia: voluntad de ecuanimidad, basado en la igualdad.
- La libertad: facultad de responsabilizarse de los propios actos.
- La sabiduría: base del entendimiento y forma de actuar
- La solidaridad: capacidad de reconocer la dignidad humana.

Estos valores tendrán la función de servir de soporte para el desarrollo de las capacidades de las instituciones, fomentando virtudes en todos los individuos, así como ideales culturales. Siendo relevantes en los individuos las dimensiones objetiva y subjetiva (Argandoña, 2009; Elosua, 2010; Sánchez, 2005).

Por otro lado, ya hemos comentado los valores esenciales que deben tener las instituciones, comentar que desde la American Association of Colleges of Nursing (AACN), en su última revisión del año 2008, se realizó un listado de los valores esenciales más importantes para la práctica profesional de la enfermería, entre los que se encuentran:

- *Altruismo*: Hace alusión al compromiso y preocupación por proporcionar bienestar a los demás.
- *Autonomía*: Capacidad que tiene la persona para tener una opción. Derecho de autodeterminación.
- *Dignidad humana*: Es el respeto por la igualdad, la diferencia y singularidad que tiene todo ser humano.
- *Justicia social*: Es el uso de los principios legales, morales y estéticos existentes para promover el trato justo e igualitario.
- *Integridad*: Vinculado a la honestidad y fidelidad aproximada a la realidad.

En línea con los valores planteados, autores como Camps (1990), expresan el carácter positivo y transmisor que tienen los valores, los cuales sirven de guía en la humanización de los sujetos, siendo estos los valores personales. Cuando estos son transferidos a los contextos laborales y puestos al servicio de la institución, la persona es quién establecerá el orden de importancia que estos tienen en su vida, en definitiva, se realizará una jerarquización respecto al orden de importancia que tiene cada valor y se tendrá en cuenta la influencia del contexto específico en el cual se enjuician (Aguilar et

al., 2007; Casares et al., 2010; Castro y Nader, 2006; Frondizi, 1958; Maura, 2002; Ros y Schwartz, 1995).

En otro orden, Arciniega y González (2000) hacen referencia al espacio laboral, afirmando que en dicho contexto los valores son “las representaciones cognitivas de necesidades expresadas en forma de logros, organizadas jerárquicamente y exteriorizadas en entornos laborales, cubriendo los tres elementos de los valores que son el afectivo, el cognitivo y el conductual” (p. 284).

Dentro de este proceso de jerarquización de los valores se encuentra la teoría desarrolla por Schwartz (1992), el cual hace alusión a las metas deseables y transituacionales, las cuales varían en importancia y sirven como principios en la vida de una persona o entidad social, siendo un modelo adecuado para poder realizar estudios en diferentes contextos y poblaciones.

A lo largo del capítulo se ha mencionado la importancia de la educación en valores en las escuelas. En las aulas los valores son aprendidos, divulgados y adaptados, buscando satisfacer las necesidades que tienen las personas en un momento dado (Echeverría, 2002; Mazuecos, 2016; Melgarejo, 2014).

En estos contextos educativos a los estudiantes de enfermería se les dará formación y capacitación, teniendo en cuenta que en un futuro se convertirán en profesionales de enfermería, convirtiéndose de esta manera en transmisores activos de valores sociales, por ende, creando nuevas actitudes en la población (Barba y Alcántara, 2003; Páez, 2016; Parra, 2003; Ramió, 2005; Zabalegui, 2003).

A modo de resumen, los valores institucionales orientarán el comportamiento y el grado de cumplimiento de las normas existentes por parte de los trabajadores, así como de los usuarios. Dichos valores son establecidos en terminales e instrumentales; los primeros serán concebidos por el grado de compromiso y el fin armónico entre el saber, el saber hacer y el ser, mostrando el desarrollo de la persona como individuo justo, libre y consecuente con su condición, contexto y momento histórico. Mientras que los instrumentales serán las virtudes en sí, siendo las herramientas idóneas para emprender acciones dentro de las instituciones (Gouveia et al., 2010; Grimaldo, 2008b).

3. 5. 4. a. Los valores sociales y profesionales de las enfermeras en la práctica

Iniciamos este apartado refiriendo que los valores sociales y profesionales en la práctica van a ser los principios que guían las acciones y decisiones que tiene un individuo en relación con el contexto en el cual se están generando (Gouveia et al., 2010). Estos existen en todas las disciplinas con una serie de rasgos característicos que tienen los trabajadores como sujetos.

Dentro de la disciplina de la enfermería los valores están jerarquizados, teniendo relación directa los requerimientos sociales y los de la propia profesión. Uno de los que más importancia está teniendo es la identidad profesional, asociado al comportamiento que tiene el individuo dentro del contexto laboral (Díaz, Castro y Cuevas, 2012). En este mismo contexto se encontrarán otros valores como el respeto, el compromiso, la responsabilidad social, la ética o desempeño, la dignidad de la persona, la compasión, la integridad, la confianza, etc., según el código deontológico del consejo internacional de enfermería (2006).

Los espacios formativos en línea con la actual formación integral que están llevando a cabo, incluyen dentro de sus prácticas profesionales los programas de educación en valores, siendo los conocimientos y habilidades puestos al servicio de la práctica profesional. Los valores profesionales que adquirirán los alumnos tienen su base en los de índole personal como son los de carácter moral y ético, muy en línea con la práctica profesional; entre ellos destacan el amor, la vocación, la responsabilidad, el respeto, la amistad, la justicia, el conocimiento científico o el aprendizaje de valores, entre otros (Vera et al., 2016).

En otras palabras, los valores sociales en los contextos laborales en la práctica profesional van a permitir que se dé una convivencia armoniosa en el espacio en el que se generan; siendo la libertad de actuación un derecho profesional, vinculado a valores como respeto y dignidad hacia los otros (Aguilar et al., 2007; Casullo y Castro, 2004).

Por otro lado, la axiología, hace referencia a los juicios de valor que se generan en la práctica diaria, dentro de estos encontramos los valores humanos o universales, los cuales son comunes en todas las culturas (Espindola y Machado, 2016; Schwartz, 1992; Valbuena, Morillo, y Salas, 2006; Valdez, 2014).

A modo de resumen, los valores y actitudes de las profesionales de enfermería tendrán un nivel y grado de jerarquización en el que la realidad cambiante en la tarea a emprender diariamente se verá modificada, dado que la sanación como premisa de la profesión reporta circunstancias en las que los valores serán las guías para emprender adecuadamente las acciones a llevar a cabo para garantizar la salud y bienestar de las personas.

3. 5. 4. b. Estudios empíricos de los valores sociales de las enfermeras del siglo XXI

Llegados a este punto se hace necesario realizar una revisión análisis de los estudios e investigaciones que se están llevando a cabo en relación con los valores sociales y, en concreto, con relación al campo profesional de la enfermería.

La construcción del conocimiento ha venido anexo a la búsqueda de materiales en forma de libros, capítulos de libros, artículos de revistas o tesis, entre otros. Asimismo, se aprovechan las TIC para profundizar en el objeto de estudio, buscando literatura con referente teórico y empírico, de orden cualitativo y cuantitativo.

En los últimos diez años, la producción científica encontrada arroja resultados de gran interés y actividad, debido a la cantidad de autorías halladas. De todas ellas, tras la selección realizada, se han tenido en cuenta las que mayor impacto e interés tienen para la temática de la presente investigación. Los resultados de la búsqueda apuntan a la existencia de estudios interesados en la estructuración y orientación de la enfermería dentro de la práctica profesional (Badillo-Reyes et al., 2012; Palencia, Piña, y Núñez, 2011; Zurro y Jodar, 2011).

Asimismo, dentro de esta creciente producción científica, también se encuentran estudios con un especial interés en la metodología cualitativa, siendo un campo de aplicación amplio respecto a los nuevos problemas de salud y la atención que dispensan las profesionales de enfermería (Aguilar et al., 2004; Aguilar et al., 2007; Badillo-Reyes et al., 2012; Oría, Espinosa, y Maracha, 2016; Palencia et al., 2011; Vera et al., 2016).

En otro orden, estos estudios centran su atención en los valores que son universales a todas las culturas y la globalización es materia de estudio (Lagunas, 2013; Paravic, 2010; Pérez, Hunt, y Sosa, 2010). Otros informes, por su parte, tratan sobre el

sistema axiológico de los individuos en consonancia con sus actitudes y conductas, teniendo los valores la función de suministrar información con la que evaluar y criticar las conductas deseables (Gallego, 2015; Hodelín y Fuentes, 2014; Mendoza et al., 2009).

En relación con los contextos educativos como espacio donde se forman a futuros profesionales sanitarios, los estudios realizados tienen un enfoque enriquecedor respecto a la educación en valores, siendo áreas de interés los valores de la ciencia de la salud relacionados con la cultura, el deporte y las actitudes que tienen los docentes y discentes dentro de los contextos socioeducativos (Díaz et al., 2012; Gómez, 2013; Rojas, González, González, y Núñez, 2010; Sánchez & Gainza, 2010).

Al limitar la búsqueda en los estudios relacionados con la jerarquía de los valores de Schwartz (1992), los resultados arrojan una gran producción literaria. La mayoría de los estudios se relacionan con las aportaciones del modelo dirigidas al aprendizaje, el diseño pedagógico, la enseñanza religiosa, los análisis con relación a los derechos sociales y a la población no clínica, así como a los modelos predictivos (García et al., 2016; Gouveia et al., 2010; Grimaldo, 2010b; Zubieta et al., 2012). Sin embargo, es preciso destacar que son escasos los estudios hallados en relación con los contextos sanitarios y las profesionales de enfermería (Aguilar, et al., 2004; Aguilar et al., 2007; Badillo-Reyes et al., 2012; Calvo et al., 2008; Gil-Monte et al., 2005; Osorio et al., 2016).

A modo de resumen, los valores sociales están teniendo un papel fundamental dentro de la sociedad. Haciendo referencia al ejercicio de la profesión, es consistente el papel que ejerce la formación para la inserción laboral de los estudiantes, así como los valores contextualizados dentro de la orientación para fortalecer la profesión. Además, se observa un aumento de la producción científica en lo que a los valores se refiere; sin embargo, hay escasa producción científica respecto al área de la salud y, más en concreto, a las profesionales de enfermería. Aludiendo al modelo de jerarquía de valores de Schwartz (1992), resulta interesante la realización de estudios con dicha metodología y con población de enfermería, dado que tales hallazgos posibilitarán la teorización y aumentarán con los resultados el uso en la práctica, en la que se puedan utilizar términos como justicia, democracia, economía social, espacios sostenibles, solidaridad, etc., siendo términos que nos llevan reconocer valores del pasado siendo el retorno de estos para cubrir las necesidades que tienen las sociedades actuales.

3. 5. 5. La CVP de las enfermeras en la sociedad actual

En la actualidad, nos encontramos con una cantidad de términos que se manejan dentro de los contextos de salud, salud, bienestar, profesional, paciente, etc. Entre ellos cabe destacar el de *paciente* como ciudadano con derechos, siendo de máxima importancia la forma en la que se restablecerá su estado de salud. Para tal fin se emplean las técnicas y recursos adecuados, dejando de lado la posición que tiene el profesional y la percepción que este tiene respecto a su CV (Casas et al., 2002; Tonon, 2003).

Autores como Contreras, Espinosa, Hernández y Acosta, (2013), señalan que en “el área de la salud, la relación del líder, el profesional y el paciente constituyen un círculo, que se retroalimenta continuamente y que requiere armonía y cuidado para funcionar de manera adecuada” (p. 572). Con esta aseveración se infiere que el modelo biopsicosocial en los espacios de salud va a ser imprescindible para las valoraciones integrales que precisa el estado de salud de los individuos, dado que, el objetivo prioritario va a ser que los ciudadanos consigan el máximo bienestar y una CV aceptable (Gómez y Sabeh, 2001; Torres y Sanhueza, 2006; Urbina, Pérez, Delgado, y Martín, 2003; Urzúa, 2010).

Para conseguir los objetivos de salud integral es preciso que exista un buen ejercicio de la profesión por parte del personal cualificado. El ejercicio de la profesión requerirá de un cierto entendimiento y dominio, tanto personal como profesional (Ávila-Morales, 2017; Luengo y Paravic, 2016; Zabalza & Beraza, 2003).

La profesión de enfermería es uno de los grupos sanitarios que más interés suscita en la actualidad, ya que se enfrenta a múltiples situaciones en el desarrollo de su actividad profesional diaria. La implicación de afrontar los retos de cuidados lleva a los enfermeros a situaciones de estrés al estar en contacto con enfermedades, sufrimiento, emergencia vital, presión en el trabajo, conflictos con otros profesionales, inestabilidad laboral, conflictos de rol etc., pudiendo tener estos factores una influencia decisiva sobre su satisfacción en el trabajo y la percepción que tienen en relación a su CVP (Araque et al., 2007; Gil-Monte, 2003; Gil-Monte et al., 2005; Grimaldo y Bossio, 2015; Herrera y Cassals, 2005; Paravic, 2010; Paris & Omar, 2008; Sosa-Cerda et al., 2010).

Respecto a la percepción que tienen de su CVP, autores como García et. al., (2009) conceptualizan la dimensión como “la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiante, complejo e

intenso, y los recursos psicológicos, relacionales y de organización que dispone el profesional para afrontar las demandas” (p. 14).

A modo de resumen, deducimos que hay evidencia de que tener una CVP aceptable por parte de las profesionales es del todo necesario, dado que esta tiene una repercusión directa sobre la institución, la calidad de los cuidados y la salud física y psicológica de las profesionales (Cabezas, 1998). Ante esto las instituciones sanitarias han decidido establecer líneas de mejora de la CVP del personal de enfermería, aumentando, así, la satisfacción personal y profesional para, de esta forma, optimizar la calidad de cuidados que precisa la sociedad.

3. 5. 5. a. La CVP percibida en las instituciones sanitarias actuales

Anteriormente, se ha mencionado el espacio laboral como aquel con un alto interés por parte de la sociedad debido a los beneficios que aporta. En nuestro país, según refleja el Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social, serán las instituciones - más en concreto las dirigidas hacia el área de salud -, las que han de modificar, rediseñar y establecer nuevas actuaciones en beneficio de la ciudadanía, así como de los propios trabajadores, dado que estos últimos, como fuerza motriz, van a ser los encargados de aportar bienestar y desarrollo a la sociedad (Ardila, 2004; Benavides, 2009; Del Cano, María, & Méndez, 2016).

Teniendo en cuenta los beneficios que pueden ser transferidos a la sociedad, se observa que es prioritario dotar y proporcionar a los profesionales con los instrumentos y herramientas adecuadas con el objetivo de que dentro del contexto en el cual trabajan puedan percibir que tienen un buen clima laboral en relación con su puesto de trabajo, así como una CVP aceptable (Carrasquel, 2016; González, Melo, y Limón, 2015; Granados, 2011).

Esta premisa se encuentra en la difusión que se realiza desde la Organización Internacional de Estandarización con el desarrollo de la norma ISO-9001-2008. En su punto 6.2 se afirma que, para poder proporcionar calidad en los servicios, los RRHH han de poseer calidad, siendo la competencia en aspectos educativos, formativos, de experiencia y de habilidades los más considerados. Asimismo, las instituciones han de ser conscientes de la satisfacción que deben de tener los profesionales para poder

proporcionar dicha calidad (Ariza, 2012; García-Areito et al., 2007; Tobón, 2006; Zabalza & Beraza, 2003).

En la actualidad, el Plan de Humanización (2016-19) de la CAM, expone que las instituciones sanitarias están sometidas a demandas sociales, apareciendo planteamientos como calidad total, excelencia del servicio, reingeniería sanitaria, etc., lo que provoca que las instituciones tengan que realizar nuevas estrategias para prestar atención en todo lo relacionado con la salud

A modo de resumen, las nuevas actividades van a ir dirigidas hacia la eficiencia y la eficacia de los servicios prestacionales, generando fortalezas a nivel institucional y social, dado que la premisa principal es el bien común en el que factores de tipo económico, social, cultural y político se unan dentro de un marco de responsabilidad democrática común.

3. 5. 5. b. La CVP de las enfermeras en la práctica profesional

El concepto CVP involucra dimensiones de orden subjetivo y objetivo, cuyos indicadores valoran la motivación intrínseca, el apoyo directivo, la carga de trabajo y la CV global que tendrán las profesionales respecto a su puesto de trabajo (Cabezas, 1998).

En los últimos años ha surgido interés por parte de las instituciones de tener constancia de la CVL de sus empleados, dado que se ha demostrado el impacto que tiene en la salud y el bienestar de los profesionales, así como en la productividad de las tareas y servicios encomendados (Ardila, 2003; Casas et al., 2002; Gómez et al., 2015; Segurado y Agullo, 2002).

Actualmente el mundo laboral se ha convertido en un área en el que las transformaciones de índole social, económica, productiva, organizativa y tecnológica tienen una gran repercusión, donde la práctica profesional está directamente vinculada con factores de orden social, individuales y de CV. Estos tres ejes son fundamentales dentro del ámbito de salud (Guillart, 2015).

Asimismo, es importante recalcar la promoción profesional y la formación continuada, dado que la experiencia tiene un valor añadido. En todos los procesos que se están llevando a cabo en las instituciones sanitarias, el nacimiento de nuevos perfiles va a conformar el nuevo escenario, siendo preciso adquirir nuevos conocimientos a través

de la docencia y la investigación y estando ambos ámbitos en desarrollo permanente dentro de la disciplina de enfermería.

Por otro lado, se le está dando una gran importancia a la intervención sociocomunitaria con figuras como la enfermera comunitaria. Dentro de sus funciones encontramos la planificación y la elaboración de programas adaptados a población específica y patologías emergentes, en el que el contexto de actuación va a marcar la manera de intervenir en un momento y contexto determinado.

A modo de resumen, en un entorno profesional cambiante se exigirá una actualización constante del saber, así como un proceso continuo de formación. Serán necesarias adaptaciones a las tecnologías de la información y la comunicación como un instrumento más para la participación de las profesionales dentro de los procesos de atención que precisa la sociedad, en los que el conocimiento, la competencia y la identidad aportarán a los profesionales una imagen pública.

3. 5. 5. c. Estudios empíricos de la CVP de las enfermeras del siglo XXI

La idea de ahondar en la literatura en relación con la CVP de las enfermeras tiene el objetivo de hacer visible la notoriedad que está teniendo dicha dimensión en los últimos diez años.

La revisión de la literatura científica nos lleva a concluir que existe una gran cantidad de literatura con relación a la CVL y profesional. Los resultados obtenidos arrojan que en los últimos años esta dimensión ha tenido un valor adicional debido al reconocimiento respecto a los aportes que realizan los RRHH dentro del mercado laboral (Granados, 2011; Casas et al., 2002; Segurado y Agulló, 2002).

Por otro lado, se ha realizado una búsqueda de estudios e investigaciones relacionados con CVP, siendo la mayoría de ellos realizados en contextos sanitarios y educativos (Mazuecos, 2015).

Una proporción notable de estos estudios concluye que la perspectiva biopsisocial ha de tratarse con cautela dada la multidimensionalidad con la que cuenta el constructo CVP (Adhler, 2009; Borrell, 2002; Pérez et al., 2008; Segurado y Agullo, 2002; Vanegas y Gil, 2007). También se ha hallado literatura orientada a realizar aportaciones conceptuales al desarrollo teórico del constructo (Ardila, 2003; Granados, 2011).

Se han seleccionado aquellos estudios con interés en los espacios de trabajo como contextos para tener en cuenta, también estudios relacionados con los RRHH, todos ellos aportan realidades sobre los nuevos enfoques y cargas asistenciales que se están llevando a cabo en los contextos seleccionados

La investigación realizada, da como resultado que la mayoría de los estudios e investigaciones están centrados en la calidad de vida relacionada con la salud (en adelante CVRS). Las cohortes de estudio han sido: las personas mayores dependientes, los cuidadores de personas mayores, los docentes universitarios, la gestión clínica, los pacientes con demencia, así como el segundo nivel de atención, los médicos residentes, los hospitales públicos, etc. Esta dimensión tiene en cuenta la percepción que presenta un paciente respecto de su CV, valorándose las motivaciones y deseos que posee a la hora de tener que tomar decisiones relacionadas con su estado de salud (Bousoño et al., 1993; Calero et al., 2012; Schwartzmann, 2003; Urzúa, 2010; Veliz, 2014; Vinaccia et al., 2017; Villafuerte et al., 2017).

Asimismo, hay otros estudios que hacen referencia a la CV de los cuidadores, siendo aquellos que colaboran y coparticipan en el cuidado de sectores específicos de la población como personas mayores, discapacitados o menores, entre otros; siendo estos ámbitos de estudio e investigación en los cuales las enfermeras realizan actualizaciones y aportaciones de datos en lo referente al ámbito de salud (Solís, 2015).

También, se ha encontrado literatura relacionada con las propiedades psicométricas que tiene el instrumento CVP-35 -de interés para la presente tesis-, las patologías específicas de los pacientes, los análisis cualitativos y las revisiones bibliográficas, así como la carga laboral, el contexto de atención primaria, la percepción que se tiene de la dimensión, la correlación existente de personas con sueño, la inteligencia emocional, etc.

En otro orden, también se han localizado estudios sobre el bienestar psicológico de la población adulta y la CV, identificándose la importancia que adquieren las interrelaciones, el ocio, la formación y el fomento de la salud (De-Juanas et al., 2013).

También se encuentran estudios relacionados con cambios en la cultura de la organización, basándose en la participación y en el apoyo directivo, así como en la motivación (Albanesi y Nasetta, 2011; Araque et al., 2007; Cabezas, 1998; Castro,

García, Gironés, Serrano, y Ocaña, 2015; Grimaldo y Bossio, 2015; Mazuecos, 2015; Rivera-Ávila et al., 2017; Sanín, 2016; Schalok y Verdugo, 2003; Sennett, 2018).

3. 5. 6. Análisis actual de la relación de los valores sociales y CVP de las enfermeras: “preocupados por quienes nos cuidan”

La actualidad de las profesionales de enfermería está llena de retos a los que enfrentarse. Uno de ellos es la gestión de la presión existente por las exigencias del momento, en el que al intervenir la institución se ejercerá una resistencia, en el que las profesionales ponen en funcionamiento los valores que poseen, teniendo una repercusión en su CVP. Algunas variables como motivación, apoyo institucional y carga de trabajo van a tenerse en cuenta en el momento de realizar mediciones (Araque et al., 2016; Cabezas, 1998, 2000; Grimaldo y Bossio, 2015; Mazuecos, 2015; Nasetta, 2013). Asimismo, en uno de los últimos informes sobre salud en el mundo, publicado por la OMS en el años 2013, de los datos más relevantes se especifica que, se debe aportar una calidad asistencial sanitaria para una cobertura universal dentro del sistema sanitario, con el fin de que la población pueda tener una aceptable CV, siendo preciso que se pongan a disposición todos los recursos existentes o dotar a las sociedades de los recursos básicos y precisos, para que puedan proporcionar la calidad que precisa la población.

Haciendo alusión a las instituciones sanitarias, estas tienen presente que poseer unos RRHH con una percepción de su CVL satisfactoria, así como unos valores consistentes, repercutirá de manera positiva en el resto de la población, proporcionando datos de las condiciones de vida que tienen (Fernández-Ríos, 1999; Granados, 2011; Lau 2000; Jiménez y Gómez, 1996; Jiménez y Moyano, 2008; Sun, 1988).

Actualmente se utilizan una serie de términos de interés para los estados vinculados a las condiciones de vida que tienen los ciudadanos. Estos tienen como finalidad realizar mediciones respecto al bienestar que poseen dichos ciudadanos; los términos empleados son cultura, nivel de vida y calidad de vida (véase, Cuadro 8). Se trata de dimensiones que, a su vez, tienen anexos una serie de valores, siendo algunos de ellos nuevos o rescatados y adaptados a las nuevas sociedades.

Cuadro 8.
Dimensiones de las condiciones de vida sociales.

DIMENSIONES	VALORES ASOCIADOS	CONCEPTO
NIVEL DE VIDA	-Productividad -Calidad -Modernidad -otros	La dimensión hace alusión a los valores materiales, siendo aquellos que permiten vivir a los individuos como personas. En ocasiones entran en confrontación con los valores espirituales. Tiene relación con los valores de cobertura de necesidades básicas: hablar, vestirse, alimentos, etc.
CALIDAD DE VIDA	-Familia -Dignidad -Ecología -otros	La dimensión hace alusión a las normas y principios básicos instaurados en la vida de los individuos, sirviendo de guía en la interrelación con resto de la comunidad. Tiene relación con los valores de la familia, con las tradiciones, creencias, experiencias de los padres; los cuales son transmitidos y sirven para la educación, en la cual entra en funcionamiento el comportamiento y la interacción social. También se basan en la experiencia, jugando un papel crucial en los valores personales de los individuos. Los valores de esta dimensión son básicos para recoger los valores sociales que hay en la sociedad.
CULTURA	-Civismo -Democracia -Solidaridad -otros	En esta dimensión se definen las acciones que desarrollan los individuos en la sociedad, teniendo latencia en valores como responsabilidad, tolerancia, respeto, comprensión, bondad, etc. Estos valores tienen clara diferenciación con los valores personales y familiares que con el tiempo se modificaran en base a la experiencia y a las creencias instauradas en dicho momento histórico.

Fuente: Elaboración propia.

En el Cuadro 8, se realiza una descripción de los objetivos prioritarios que tienen las nuevas sociedades, observándose como dimensiones importantes la CV y la cultura. De estas se recogen aspectos importantes de las condiciones de vida que posee la población. Asimismo, estas dimensiones están asociadas a una serie de valores que son factores de estudio respecto a los cambios sociales actuales.

A modo de resumen, es innegable la importancia que tiene el mantener y recuperar valores socialmente olvidados, dado que las nuevas formaciones van dirigidas a implantar modelos de aprendizaje en valores, y estos serán los transmisores de dichos aprendizajes. Hasta aquí no todo es negativo, dado que los nuevos cambios que están surgiendo desde espacios educativos e institucionales, se encaminan hacia la especialización, la investigación y la docencia como campos en desarrollo, en los que la profesionalización

de los sanitarios es tomada en cuenta; asimismo, se presta consideración a la percepción de su CVP y de los valores imperantes socialmente y que transfieren cotidianamente dentro de sus actuaciones profesionales.

3. 5. 6. a. Estudios empíricos de los valores y de la CVP de las enfermeras

En la revisión realizada respecto a la relación existente entre los valores sociales y la CVP de las enfermeras, los datos son reveladores, es mínima la literatura hallada al respecto. Los resultados de la investigación bibliográfica realizada dan como resultados que hay otras variables que analizan dicha relación.

Proyectos como el de normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería (NIPE), en el que se dan una serie de claves para mejorar la calidad, tanto la que aportan los profesionales como la que reciben los pacientes, siendo una de sus vías prioritarias la información y la educación. Se hace alusión a como se debe aportar calidad a través de todos los agentes implicados: los enfermos, los familiares y los profesionales. Asimismo, se hace mención a los valores que los propios pacientes tienen respecto a los cuidados que están recibiendo, considerándose un punto controvertido, dado que la calidad percibida, no se corresponde con la calidad que ofrece la enfermera (Añorga-Morales, 2014, Gómez y Sabeh, 2001; González, 2006; Schalock y Verdugo, 2007, Schwartzmann, 2003; Tobón, 2008).

A modo de resumen, los efectos que pueden tener dimensiones como los valores, en la CV, no están teniendo un interés científico suficiente por parte de la comunidad, dado que los estudios que se han realizado respecto al tema no aportan datos adaptados a la realidad actual, siendo esto muy importante para los cambios y avances que están precisando las sociedades actuales (Romera, 2010).

3. 6. Síntesis

La pretensión de ahondar en la literatura existente respecto a los contextos laborales tiene interés dado que la realidad actual ha generado nuevos modos y modelos de convivencia (Bolívar et al., 2005; Sandoval, 2014; Lida, 1997; Torres, 2015).

También se ha ahondado en las prioridades sociodemográficas existentes, entre las que se encuentran la salud, la educación y el trabajo, destacando los contextos laborales y ámbitos sanitarios por los retos sociales que han de afrontar.

La sociedad española está marcando un antes y un después en relación con la CV que posee la población y los valores sociales que se están instaurando. Dentro de los contextos laborales, los cambios que ejecuten las instituciones tendrán una notable repercusión en el personal que trabaje dentro de ellas (Mazuecos, 2015), por lo que es conveniente tratar de modificar adecuadamente todas las estructuras montadas en torno al mundo laboral con el fin de proporcionar una CV adecuada a sus profesionales, así como a la sociedad en su conjunto (Fernández et al., 2016). Asimismo, es necesario promocionar valores sociales para proyectarlos a la sociedad en su conjunto (Tobón, 2008).

Desde contextos formativos, se está facultando a los alumnos para que entren a espacios de investigación relacionados con la promoción de la salud y la CVL, proporcionándoles conocimiento, habilidades y actitudes. El objetivo de ello es identificar factores psicosociales de riesgo hacia la salud de los profesionales, así como tener conocimiento de sus trastornos asociados.

Una de las soluciones que se está sopesando es el retorno de los valores instaurados anteriormente - respeto, solidaridad, comportamiento y compromiso, entre otros – ya que al traerlos al presente se pueden visualizar los problemas de diferente manera. Otra manera aconsejable es reeducar en la modificación y adaptación de los valores haciendo participe a toda la población.

Así, se debe plasmar una visión de los esfuerzos que se pueden realizar en la simbiosis empleado-empendedor según el contexto de influencia que puede ser tanto de índole cultural como social. La legislación existente también será analizada, evaluada y revisada respecto a salud, seguridad y bienestar laboral. En definitiva, se llevará a cabo un seguimiento evaluativo de los avances en materia legislativa que afecten directamente a la CV de los profesionales.

Lo más importante es que existen grupos que investigan sobre CVP, estrés y prevención de riesgos laborales y serán estos quienes intentarán despejar las claves existentes para poder proyectar modelos integrales de mejora de la CV.

Lo ideal sería que los trabajadores y empresarios participaran de forma activa en la evaluación de acciones efectivas y eficientes que puedan llevarse a cabo a través de evidencias, estudios e investigaciones realizadas en pro de una sociedad mejor en la que los valores implicados sirvan de base social.

Asimismo, cabe destacar que la locución de toda la temática planteada a lo largo del presente capítulo ha tenido en cuenta el desarrollo a través del ámbito docente, investigativo, asistencial e institucional.

Así, concluimos que los entornos saludables, así como la multidimensionalidad de la CV a nivel biopsicosocial, deben ser tratados cautelosamente por todas las instituciones, máxime en ámbitos de salud, ya que el potencial está en los RRHH que poseen dichas organizaciones, siendo conveniente realizar nuevas investigaciones en relación con la CVP y los valores sociales que los profesionales aportan, dado que el capital humano es prioritario en toda sociedad.

Capítulo III. Valores sociales y calidad de vida profesional en contextos sanitarios

Capítulo IV. Método

Capítulo IV

Método

4. 1. Presentación

En capítulos precedentes se ha presentado como ha sido la evolución, desarrollo e importancia que tienen los valores sociales y la CVP. Por una parte, los primeros presentan una serie de características que son inseparables a la condición humana, exaltan a la persona, le proporcionan dignidad a la vida, ayudan a liberarse de la individualidad y a funcionar en colectividad (Fronzizi, 1958; Schwartz, 1992, 2001). De especial interés, han sido las aportaciones teórico-prácticas realizadas por diferentes autores (Gouveia, 2010; Hofstede, 1991; Rokeach, 1973, 1979, 2008; Triandis, 1990, 1995). No así, han sido los aportes científicos realizados por Schwartz (1992, 2001), los que más interés han suscitado para la presente investigación.

Por otro lado, la variable CVP, es un constructo que analiza las dimensiones: *motivación intrínseca*, *apoyo directivo*, *demanda de trabajo* y *CV global percibida*, dentro de los contextos laborales. Los estudios realizados por Karasek (1979) y el uso de su modelo han suscitado interés para la realización del presente estudio. Se han tenido en cuenta las aportaciones realizadas por Cabezas (1998, 2000), así como otros estudios en diferentes contextos (Araque et al., 2007; Ardila, 2003; Grimaldo y Bossio, 2015; Sánchez, Álvarez, y Lorenzo, 2003; Schalok y Verdugo, 2003). Dichas aportaciones han servido para tener conocimiento y una visión de la realidad que acontece respecto a este constructo, siendo de provecho para la presente investigación.

Con estos principios se ha progresado en el estudio, revisando y actualizando toda la teoría, estado de la cuestión y praxis existente en relación con las dos variables mencionadas (Mazuecos, 2015, 2016 y 2017). La sistematización metodológica realizada para abordar el marco teórico de esta tesis se encuentra dentro de las ciencias sociales; poniendo especial énfasis en la Psicología.

A continuación, en este capítulo, se presenta el método llevado a cabo para la realización de la parte empírica de la presente tesis.

4. 2. Preámbulo de la investigación

En la actualidad, se tienen en cuenta las situaciones que afectan de alguna manera a los trabajadores y la repercusión social que puede existir con algunos desajustes en el bienestar y en la CV de estos; dado que el resultado de estos desórdenes puede derivar en un mal funcionamiento, mantenimiento y sostenibilidad de la institución (Gómez y Sabeh, 2001; Musitu y Buelga, 2004). En consecuencia, se puede inferir que, a un mayor bienestar y a una mayor percepción de CV por parte de los trabajadores, tendrá como respuesta unos mayores beneficios sociales, tanto en un nivel individual como de comunidad (Molina, Avalos, Valderrama, y Uribe, 2009). Sin olvidar que, en el ámbito público la relación beneficiosa se verá revertida en los servicios que se les proporciona a los ciudadanos, así como en el sostenimiento del sistema social (Zambada y Madero, 2012).

Por otro lado, los Estados y las Comunidades son los encargados de desarrollar estrategias para mejorar las áreas medioambientales, sanitarias, educativas, servicios sociales, laborales, etc.; promoviendo medidas dirigidas a la participación de los individuos dentro de los procesos de mejora (Moreno y Rodríguez, 2016; Navarro, 2004; Navarro-Aparicio, 2009; Rodríguez-Cabello y García, 2015), en el que la eficiencia y la efectividad serán puestas en práctica, con las adecuadas delegaciones o transferencias a los gobiernos autonómicos (Rodríguez-Arana, 2001).

En la CAM, se encuentran políticas emergentes dentro del conjunto de áreas mencionadas (laborales, educativas, sanitarias, etc.); y como claro ejemplo dentro del área sanitaria, encontramos el *Plan Estratégico de Humanización Sanitaria (2016-2019)*. Con su implantación se pretende humanizar la asistencia sanitaria, fortaleciendo la comunidad en general, siendo sus líneas estrategias la consecución de los objetivos planteados. Estas líneas llevan anexionadas una serie de programas, entre las que se encuentran, la mejora de los servicios y los beneficios que generan con su desarrollo, y son visibles en la sociedad.

En el mencionado Plan se hace alusión a los profesionales sanitarios, se habla de la necesaria actualización y modernización de los conocimientos que deben de tener los profesionales en el momento de poner en práctica su profesión; por tanto, se concreta que la vía adecuada es la formación continuada durante su vida laboral; también hace alusión a motivos de índole sanitario, dado que actualmente existe un incremento de

Capítulo IV. Método

enfermedades de tipo oncológico y viral dentro de la sociedad. Estos datos ya se mostraron en los resultados del *Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica* (2004), en el cual se hizo alusión a los gobiernos, refiriéndose a que estos tienen la obligación de velar por la salud integral de toda la población, teniendo a profesionales cualificados para ello.

En otro orden, para el desarrollo de esta investigación, se ha considerado que todo aquel trabajo en el cual intervenga la actividad con humanos presenta una serie de cuestionamientos éticos y morales (Barrio et al., 2006). Los cuales son delimitados por códigos deontológicos y de conducta, que hacen que los individuos que tienen que aplicar una praxis profesional lleguen a cuestionamientos, en los que intervendrán la escala de *valores* que poseen como profesionales (Calero, 2004; Errasti-Ibarrondo, Arantzamendi-Solabarrieta, & Canga-Armayor, 2012).

También, debe tenerse en cuenta, que dependiendo del contexto donde se dé una situación de presión, aparece el oportunismo de poner en funcionamiento todos los mecanismos necesarios para que el individuo busque lo más aceptable para él, y colateralmente una mejora de su bienestar y de su CV (Casas et al. 2002). Dentro de estos contextos se encuentran los ámbitos de salud, trabajando grupos de profesionales cohesionados por un *corpus* formativo derivado de su cualificación profesional, entre las que se encuentran las profesionales de enfermería.

Las enfermeras están consideradas como uno de los grupos que mayor riesgo presentan de poseer un pésimo bienestar y una mala CVP, pudiendo ser el resultado del trabajo de presión al que se enfrentan a diario, así como al deficiente apoyo institucional (Alzina y Fernández, 2000; Bragard, Dupuis, Razavi, Reynaert, y Etienne, 2012; Cabezas, 1998; Carrillo-García, Solano-Ruíz, Martínez-Roche, y Gómez-García, 2013; Lourenção, Moscardini y Soler, 2010; Nasetta, 2013). Por consiguiente, el interés del presente estudio ha recaído en el grupo de profesionales de enfermería; las cuales en los últimos tiempos asimilan una serie de cambios que repercuten directamente en su labor asistencial (Cantillo, Lleopart, y Ezquerro, 2018; Gómez & Morales, 2004; Rodríguez-Cabello y García, 2015), soportan una gran presión asistencial que en algunas ocasiones las crea dilemas respecto a las compensaciones humanas y económicas que perciben, respecto a otras categorías profesionales (Abouzeid & Khalil, 2018; Dolado y Felgueroso, 2007; Paris & Omar, 2008; Pucheu, 2018).

Como se ha mencionado anteriormente, para que las enfermeras puedan realizar adecuadamente sus tareas, los estados e instituciones deben ser conscientes de la realidad existente y deben fomentar líneas políticas adecuadas; dado que el hecho hallarse económicamente en niveles retributivos inferiores respecto a su formación, pero con responsabilidades y exigencias profesionales dentro de su disciplina, resulta poco motivante y falta de compensación en relación con otros profesionales de salud (Gancedo, 2017; García Moyano, 2015; Martín y Rebollo, 2017).

Otros datos que se tienen en cuenta son los aportados por el *Consejo General de Enfermería* (CGE, 2013), mediante las encuestas realizadas en el marco del Espacio Europeo. Los resultados muestran las ratios de población que son atendidas por las profesionales de enfermería, siendo más elevados en España que en el resto de los países de Europa. La atención asistencial de las enfermeras en España es de 528 profesionales por cada 100.000 habitantes, lo que supone un 30,43% menos de potencial humano que la media europea.

Al hilo de lo expresado, cabe mencionar los autocuidados que deben llevar a cabo las enfermeras, dado que los cambios que se están llevando a cabo en las instituciones sanitarias están generando en las DUE altos índices de estrés e insatisfacción, generando el consecuente perjuicio en la población que atienden por la prevalencia temporal de la patología que padecen (Moya, 2011). Estos niveles de estrés en algunas ocasiones se derivan de la obligatoriedad que tienen las enfermeras, de dedicar un tiempo a la formación continuada, dado que deben de mantenerse actualizadas respecto a los avances existentes como una obligación profesional (Amezcuá, 2008; Rizo-Baeza, Mora, Noreña, y Cortés-Castell, 2018). Por ello, tanta presión tendrá clara repercusión en la labor asistencial y en el desenvolvimiento que deben tener en los momentos de tomar decisiones y hacer frente a situaciones críticas en relación con la tarea que tienen que realizar (Aguirre, 2009; Calvo-Calvo, 2013; Pérez, Alameda, y Albéniz, 2002; Pérez, 2010).

En otro orden, se hace referencia a la presentación de los progresos y el estado de la cuestión actual respecto al modelo de los valores sociales universales. En los Capítulos I y III, se hizo especial mención al modelo formulado por Schwartz (1990, 1992, 2001)⁶. En el capítulo I, se asumieron las implicaciones que ésta teniendo el modelo en la

⁶ Véase capítulo I, apartado 1. 4. 5. Modelos teóricos globales contemporáneos. epígrafe teoría de los valores de Shalom H. Schwartz

Capítulo IV. Método

sociedad. Más adelante, en el capítulo III se trataron los valores sociales, contextualizándolos dentro de las áreas laborales. Al respecto, Schwartz (2012, 2017) y su equipo investigador, en la actualidad siguen en constantes revisiones del modelo, siendo una de las últimas aportaciones, el estudio realizado con relación al mayor poder heurístico y explicativo respecto a la teoría de los 10 valores.

En relación con otra variable del estudio, la CVP; ésta es mencionada a lo largo del capítulo II y III. En el capítulo II se prestó más atención en la multidimensionalidad de la CV, así como en las áreas de mayor repercusión en las cuales existe afectación hacia los sujetos. En el capítulo III⁷, se incidió en la CV situando al constructo dentro del área laboral en el que se la da un mayor protagonismo, así como a la afectación que tiene en los profesionales. Se mostró un interés por el modelo teórico demandas-control-apoyo social (Karasek, 1989), siendo los estudios realizados por Cabezas (1998, 2000) los que han aportado conocimiento, así como la continuidad investigadora en lo que al modelo respecta.

A modo de resumen, han sido los dos modelos – *Schwartz* y *Karasek*- los que han fijado las bases teóricas de la presente tesis de investigación, dado que gozan de amplia aceptación por parte de la comunidad científica. La relación que pueden tener ambas variables - valores sociales y CVP -, así como su implicación en las instituciones sanitarias tendrán una repercusión de índole socioeducativa y laboral en el conjunto de la sociedad. Es bueno reseñar, que ha sido escasa la literatura hallada respecto a la relación existente entre las dos variables del estudio, siendo de interés la aportación de datos realizada por las enfermeras, para la presente investigación.

Una vez sistematizado el marco teórico y teniendo en cuenta lo que se quería conseguir con el presente estudio, la estructura organizativa se ha realizado siguiendo seis líneas de trabajo:

- Formulación de los *objetivos e hipótesis* de investigación tomando en consideración el problema de investigación y el estado de la cuestión que han servido de eje central al presente trabajo. También, se han definido las variables y se han operativizado los conceptos objeto de estudio.

⁷ Véase capítulo II, apartado 2.6. Instrumentos de medición de la CV y sus ámbitos de estudio; y capítulo III, apartado 3. 5. 5. La CVP de las enfermeras en la sociedad actual

- Elección de los *instrumentos* idóneos para la recogida de datos, teniendo en consideración las experiencias de investigaciones previas, así como los modelos teóricos en los cuales se basaban y las características psicométricas que tenían.
- Determinación del *procedimiento de selección de la muestra*, así como de la recogida de datos.
- Presentación de los *análisis* de datos realizados.
- Análisis de *resultados* de los datos reportados.
- Elaboración de *conclusiones* en función de los hallazgos obtenidos.

4. 2. 1. Objetivos e hipótesis

Se toma como punto de partida las consideraciones anteriormente expuestas y se establece el siguiente *objetivo general*:

- “Analizar la relación existente entre los valores sociales y la CVP de las enfermeras de la Comunidad de Madrid”.

En consecuencia, se proponen los siguientes *objetivos específicos* (en adelante, OE), e hipótesis consecuentes. Se clasifican éstas en hipótesis en aquellas de primer orden (en adelante, Hp), y en subhipótesis de segundo orden (en adelante, Shp).

OE 1.: Describir el sistema de valores sociales y la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el presente estudio.

- Hp 1.: El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función del sexo, la edad, la situación laboral, la formación y experiencia profesional.
 - Shp 1.1.: El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función del sexo.
 - Shp 1.2.: El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de la edad.
 - Shp 1.3.: El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función de la situación laboral.

Capítulo IV. Método

- Shp 1.4.: El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada.
- Shp 1.5.: El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de los años de experiencia profesional.
- Hp 2.- Las enfermeras consideran que su CVP es adecuada.
 - Shp 2.1.: La valoración de la CVP de las enfermeras en función del sexo es adecuada.
 - Shp 2.2.: La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la edad es adecuada.
 - Shp 2.3.: La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral es adecuada.
 - Shp 2.4.: La valoración de la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada es adecuada.
 - Shp 2.5.: La valoración de la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional es adecuada.
- OE 2.: Analizar la relación entre el sistema de valores sociales y la CVP de las profesionales de enfermería de la CAM.
- Hp 3.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de diferentes variables sociodemográficas.
 - Shp 3.1.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del sexo.
 - Shp 3.2.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de la edad.
 - Shp 3.3.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral.
 - Shp 3.4.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación continua recibida.
 - Shp 3.5.: Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional.

OE 3.: Analizar las diferencias de las preferencias de valor de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas.

- Hp 4.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de diferentes variables sociodemográficas.

- Shp 4.1.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del sexo.

- Shp 4.2.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la edad.

- Shp 4.3.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la situación laboral.

- Shp 4.4.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada.

- Shp 4.5.: Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional.

OE 4.: Analizar las diferencias existentes en la CVP de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas.

- Hp 5.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de diversas variables sociodemográficas.

- Shp 5.1.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del sexo.

- Shp 5.2.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la edad.

- Shp 5.3.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral.

- Shp 5.4.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada.

- Shp 5.5.: Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional.

OE 5.: Analizar las diferencias existentes en el sistema de valores en relación a la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el estudio.

- Hp 6.: Existe influencia entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras participantes.

OE 6.: Plantear, a partir de los resultados obtenidos, líneas futuras de actuación que permitan desarrollar y promover los valores sociales de las enfermeras de la CAM, así como mejorar la percepción de su CVP.

4.3. Diseño

Teniendo en consideración los objetivos planteados y con el fin de contrastar las diferentes hipótesis del estudio, se establece un diseño de investigación caracterizado por ser de tipo cuantitativo y no experimental (*ex post facto*), dado que no se tomó el control directo respecto a la maniobrabilidad de las variables independientes (Cancela, Cea, Galindo y Valilla, 2010). Asimismo, es un estudio de tipo:

- *Exploratorio*, en la que la información recogida respecto con el problema planteado aportó datos poco conocidos. Concretamente, respecto con la relación entre valores sociales universales y la CVP de la enfermería.
- *Descriptivo*, en la que los participantes aportaron datos a partir de sus valoraciones personales.
- *Transversal*, dado que la medición de las variables en los participantes se llevó a cabo en un momento concreto, no teniendo a posteriori repeticiones.
- *Correlacional*, puesto que los rasgos de los fenómenos estudiados, así como de las variables implicadas en dichos fenómenos, aconsejó la evaluación sin la intervención o manipulación del investigador.
- *Prospectivo*, dado que la información recogida permite realizar propuestas de mejora futuras.

4.4. Variables

En la presente investigación, el punto de partida ha sido la operativización de los conceptos. En relación con el conjunto de variables analizadas, se distinguieron las siguientes categorías:

Por un lado, las variables independientes:

- *Sociodemográficas*: han sido empleadas para realizar los cálculos de contraste de hipótesis, siendo éstas de índole:
 - *General*: respuesta a los reactivos de género y edad.

- *Formativo*: dan respuesta al reactivo última acción formativa realizada dentro de su desarrollo profesional en los últimos 5 años.
- *Laboral*: dan respuesta a los reactivos: situación laboral y años de experiencia profesional.

Por el otro lado, las variables dependientes:

-*Sistema de preferencias de valor (SVS)*: la medición de las variables se efectuó con la adaptación española realizada por Balaguer, Castillo, García-Merita, Guallar y Pons (2006) y validada recientemente en España por Páez & De-Juanas (2015). La escala incluye variables ordinales discretas, las cuales miden la *Autodirección, Benevolencia, Conformidad, Estimulación, Hedonismo, Logro, Poder, Seguridad, Tradición, y Universalismo*.⁸. En las siguientes líneas, se realiza una breve exposición descriptiva de cada variable en relación con las actitudes y conductas inherentes a las personas siendo una de las más aceptadas en la literatura científica la realizada por Musitu (2000).

- *Autodirección*: afín con la independencia de pensamiento, con la toma de decisiones y con actitudes propensas a la libertad, creatividad, elección de propias metas, curiosidad e independencia.
- *Benevolencia*: alude a la interacción positiva con otros, el fin es la obtención del bienestar y el bien del grupo, los valores vinculados tales como la honestidad, el perdón, la ayuda, el perdón, la lealtad y la responsabilidad.
- *Conformidad*: vinculada con la evitación del daño a los semejantes, asumiendo el cumplimiento de las normas sociales como libertad y respeto; recoge actitudes como autodisciplina, buenos modales y obediencia.
- *Estimulación*: vinculada con la búsqueda de estimulación y retos vitales, en la cual el individuo tiene una vida rica y variada incluso llegando al atrevimiento. Se trata de conductas vinculadas con la autoafirmación
- *Hedonismo*: tiene implicación con la obtención de placer individual mediante la vivencia de experiencias afectivas positivas.

⁸ Véase capítulo I, apartado 1.4.5.b. apartado Teoría de los valores de Shalom H. Schwartz.

- *Logro*: búsqueda de la aprobación y reconocimiento social, dentro del cumplimiento de las normas establecidas. Se refleja en valores tales como: ambición, capacidad, influencia e inteligencia.
- *Poder*: priorización del control sobre otras personas y/o grupos que pertenecen al mismo ámbito para ejecutar dominación.
- *Seguridad*: estabilidad ansiada, en relación con el ámbito personal y social, consiguiendo priorizar el logro de la estabilidad macro, meso y microsocioal y así gozar de buenas relaciones.
- *Tradicición*: es el respeto a las costumbres e ideas propias de la cultura tradicional, definidas por las normas y tradiciones de orden cultural. Las actitudes integradas son respeto por la tradición, devoción, humildad y moderación siendo características de los individuos.
- *Universalismo*: se trata de garantizar la supervivencia de las personas, cuando los recursos de los que dependen son escasos. Las actitudes que lo integran son la madurez personal, tolerancia, sabiduría, protección del medio ambiente, bienestar social general, justicia social, igualdad, etc.
- *Escala de Calidad De Vida Profesional (CVP)*: se utilizó la adaptación española realizada por Cabezas (2000), para población española. La mayoría de los estudios con este instrumento han sido realizados en contextos sanitarios. Esta escala incluye variables ordinales discretas, mediante 35 preguntas cerradas a contestar por las profesionales. Se miden factores como *apoyos directivos* que reciben las profesionales, las *cargas de trabajo* que tienen las profesionales, la *motivación intrínseca* que tienen las profesionales y la *CV laboral que perciben* las profesionales respecto con las condiciones de su puesto de trabajo. Estos factores se agrupan en tres grandes grupos, siendo tan solo uno de ellos *-calidad de vida global-* el que no se corresponde con ninguno de los otros grupos. En las siguientes líneas, se realiza una breve exposición descriptiva de cada variable en relación con las actitudes y conductas inherentes a las personas siendo de la más aceptada en la literatura científica, la realizada por Cabezas (1998, 2000).
- *Cargas o demandas de trabajo*: hace alusión a la percepción que tiene el trabajador, respecto con la demanda en su puesto de trabajo. Se incluyen indicadores de prisas, agobios, presión, conflictos entre compañeros, falta

de tiempo para el desarrollo personal, e interrupciones molestas, entre otros.

- *Motivación intrínseca*: es la motivación personal derivada de los factores internos personales, como determinantes de la necesidad para satisfacer el desarrollo profesional. Entre los indicadores encontramos la motivación que experimenta el sujeto, el apoyo de la familia, la creatividad, la exigencia de capacitación, y el apoyo del equipo, entre otros.

- *Apoyo directivo*: hace alusión al soporte emocional y otros apoyos que recibe el trabajador por parte de los directivos y jefaturas de la institución en la que trabaja. Entre los indicadores encontramos la posibilidad de expresar lo que siente y necesita, la satisfacción con el sueldo, el reconocimiento profesional, la oportunidad de promocionar, el apoyo de jefes y compañeros, entre otros.

- *Calidad de vida global*: hace alusión a la calidad de vida global percibida por el sujeto. Como ya hemos referido no se engloba en ninguno de los tres grupos antes mencionados.

4. 5. Participantes

Para la realización del estudio, se llevó a cabo un muestreo no probabilístico, centrado en la población de las profesionales de enfermería. La muestra se seleccionó siguiendo criterios de disponibilidad, así como que fuera suficientemente representativa para poder llevar a cabo la investigación.

La población se corresponde con el universo de enfermeras con ciclo formativo superior universitario. En concreto tituladas en Enfermería y que estuvieran trabajando dentro de la red sanitaria pública de la CAM.

Por una parte, como criterios de inclusión se aplicaron:

- Población sanitaria.
- Edad entre los 22 y 70 años.
- Tener la titulación superior universitaria en Enfermería.
- Estar trabajando dentro de la red pública sanitaria de la CAM, como personal fijo, interino y contratado.
- Aceptar ser participante en el estudio.

Capítulo IV. Método

Por otro lado, como criterios de exclusión, se aplicaron:

- La no voluntariedad a participar en el estudio.
- Personal que no estuviera en activo.
- Personal de enfermería que trabaja fuera de la red sanitaria pública de la CAM.

Tras la delimitación y caracterización de la muestra, se encuentra una población finita. Los datos iniciales de partida con los que se contó eran de 17.000 profesionales de enfermería en la red pública⁹. Durante las constantes evaluaciones realizadas, en el año 2015 se hallan nuevos datos, que aportaron un número mayor de enfermeras trabajando en la CAM. Los nuevos datos eran que existían 20.004 enfermeras trabajando, habiendo una ligera variación de los datos iniciales, como consecuencia de un repunte en las contrataciones¹⁰. Por tanto, se decidió tener en consideración, este último dato.

El estudio se llevó a cabo con la técnica del muestreo causal o incidental, el cual facilitó la accesibilidad a los participantes. Para estimar el tamaño de la muestra, el nivel de confianza que se ajustó más a la realidad fue el .95%.

Se calculó el tamaño muestral idóneo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Donde:

- N es la población total.
- z es la puntuación típica del nivel de confianza seleccionado para la investigación. En la presente investigación se ha empleado un nivel de confianza del .95%, siendo su puntuación típica en la curva normal de 1.96.
- p es la proporción que esperamos hallar. Como regla general, cuando no se conoce el valor esperado se emplea una probabilidad de 50% ($p = .05$).
- e es el error muestral máximo aceptable. En este caso será de 0.5 desviaciones típicas.

⁹ Datos extraídos de la memoria del Plan de Ordenación de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) en año 2014.

¹⁰ Datos extraídos de la memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud. Año 2015 revisada 2016.

Según la fórmula planteada, el cálculo del tamaño muestral final reveló que el volumen mínimo de muestra representativa era de 378 (N=378).

En relación con los datos relativos a la población de estudio (SERMAS, 2014, 2015), debe tenerse en cuenta que en los ámbitos sanitarios los profesionales de enfermería son mayoritariamente mujeres, teniendo un peso del 84,2% frente al 15,8% restante que son hombres. Datos del I.N.E. en la publicación *España en Cifras* (2017, p. 17).

Con la información obtenida y el tamaño muestral final calculado, nuestra muestra obtuvo un total de participantes de 380 participantes (N=380). Los resultados de los datos sociodemográficos de la muestra final aparecen en la Tabla 1. Se realiza la corrección de los decimales de los resultados redondeando las centésimas al número más cercano por abajo en caso de ser menor de 5 o al número entero más cercano por arriba en caso de ser igual o mayor de 5.

Tabla 1.
Distribución de la muestra por datos sociodemográficos.

	N Validos	N Perdidos	M	DT	Varianza
Sexo	344	36	1.81	.390	.152
Edad	345	35	2.94	1.108	1.227
Tiempo como enfermera	380	0	3.21	1.625	2.642
Última Formación	380	0	1.22	.678	.459
Situación Laboral	380	0	1.78	.859	.737

Nota: N=Total datos, M=Media, DT=Desviación Típica.
Nota: Fuente: Elaboración propia.

En los siguientes apartados se presentan las características de la muestra final (N=380) del estudio. Siendo los datos aportados, tras la aplicación del instrumento empleado para la recogida de datos sociodemográficos.

4. 5. 1. Sexo

Entre la muestra de la presente tesis hubo 280 mujeres (81.40%) y 64 hombres (18.60%). Asimismo, hubo otros 36 casos perdidos, que no respondieron a la pregunta formulada sobre el sexo al que pertenecían (véase, Tabla 2).

Capítulo IV. Método

Tabla 2.

Porcentaje total de participación muestra por Sexo.

				Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	Hombre	64	16.8	18.6	18.6
	Mujer	280	73.7	81.4	100.0
	Total	344	90.5	100.0	
Perdidos		36	9.5		
Total		380	100.0		

Nota. Fuente: Elaboración propia. Los datos perdidos tienen un peso del 9.5% sobre el total de la muestra.

Se ha reseñado en líneas previas, que el perfil mayoritario en la profesión de enfermería en relación con el sexo, es ser mujer; y en el presente estudio se cumplen los criterios de peso mayoritario (véase, Gráfico 1).

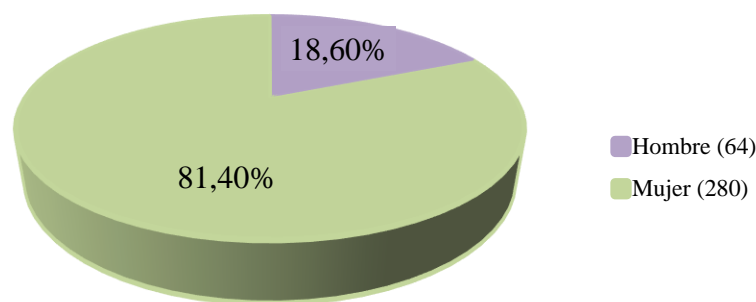


Gráfico 1. Distribución de la muestra por sexo.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

4. 5. 2. Edad

En relación con la edad de los participantes, estos se han agrupado en intervalos o rangos de edad, siendo la edad mínima 22 años y la edad máxima los 70 años. Se encontró que un 9.2% de datos eran perdidos, siendo 35 los participantes los que no han querido responder.

Los datos con los que contamos son los aportados por 345 sujetos. El porcentaje mayoritario de los participantes del estudio (29.28%) se sitúa en un rango de edad

comprendido entre los 41 y los 50 años (101 sujetos). Cercano a estos encontramos que el 27.83 % (96) de los participantes tienen edades comprendidas entre los 51 y los 60 años. Mientras que sólo un 10.14 % (34) son menores de 30 años y un 6.67% (23) tienen más de 61 años (véase, Gráfico 2).

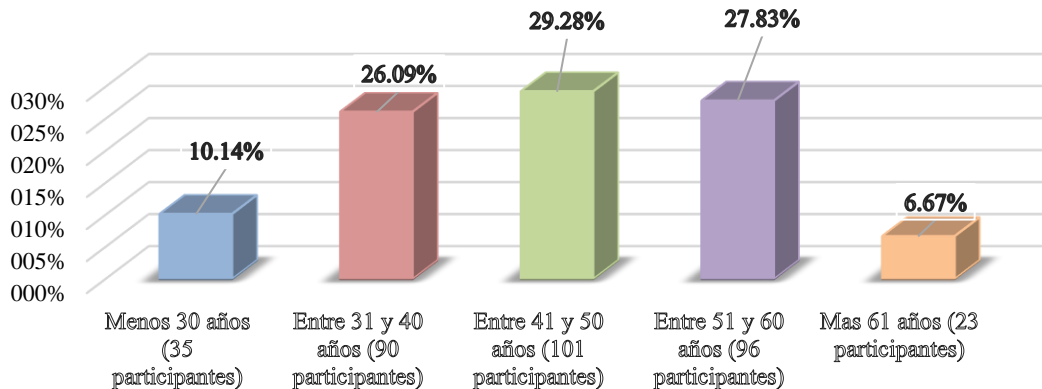


Gráfico 2. Distribución de la muestra por edad y porcentaje de participación.

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de datos aportados por la población muestral.

La mayor participación respecto con la edad, la encontramos en los intervalos centrales -desde los 31 años a los 60 años-, habiendo un notable descenso en los extremos -menos de 30 años y mayor de 61 años-. El grupo de edad mayor de 61 años es el intervalo con menos participantes con el 6.67%, pudiendo considerar una plantilla relativamente joven ya que tan solo el 34.50% de la muestra es mayor de 50 años. Respecto a las nuevas cohortes - menores de 30 años -, hallamos que tienen un peso dentro de la institución de un 10.14%. La edad media de las participantes está comprendida en el rango de 41-50 años, siendo el promedio de edad de 45 años.

Por otra parte, respecto con la participación por rango de edad y sexo (véase, Gráfico 3), en el rango de edad de 41-50 años, es donde más participantes ha habido respecto al total de la muestra (101 sujetos) y la mayor participación de hombres (22 sujetos); en el rango de edad de 51-60 años hay una mayor participación de mujeres, similar al rango de 41-50 años y 31-40 años. Por otra parte, los rangos -menor de 30 años y mayor de 61 años- el porcentaje de participación de hombres es el mismo número, no así en el de las mujeres, encontramos una participación mayor en el rango de menor de 30 años (28 sujetos), lo que nos sigue demostrando una feminización de la profesión.

Capítulo IV. Método

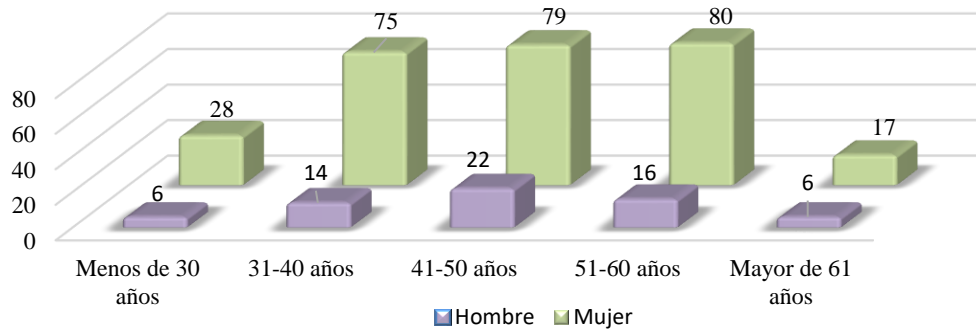


Gráfico 3. Distribución de la muestra final en función de edad y sexo en frecuencias.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

4. 5. 3. Situación laboral

En relación con la situación laboral (véase, Gráfico 4), encontramos que existe un porcentaje elevado de personal fijo con un peso porcentual del 52.40% (199 sujetos), teniendo una media de ($\bar{X} = 1,62$) y una desviación típica ($\sigma = .88$). El personal interino con un 19.50% tiene cierta cercanía con el personal contratado o eventual el cual tiene un peso porcentual sobre el total del 17.90%. Asimismo, encontramos que algunos participantes (39 sujetos), con un porcentaje del 10.30%, no han contestado a la pregunta.

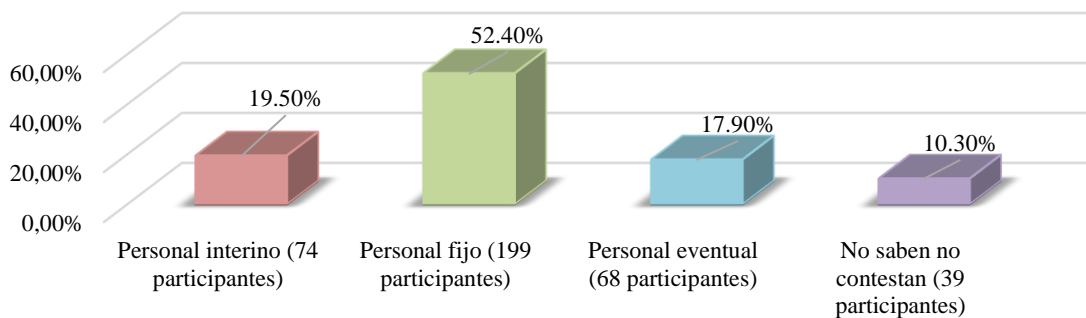


Gráfico 4. Distribución de la muestra porcentualmente de la situación laboral de los participantes

Nota: Fuente: Elaboración propia

4. 5. 4. Formación continua realizada en los últimos años

En relación con la variable si están realizando acciones formativas de manera continua en los últimos años, datos que se pueden visualizar en el Gráfico 5. Un 63.70% (242 participantes) de la muestra afirmaron que habían realizado acciones formativas en el último año. Un 23.20% (88) las han realizado hace 1 o 2 años máximo, un 3.40% (13) entre 3 y 5 años, y tan solo 2 participantes (.50%) de la muestra, las han realizado hace 6 o más años. Además, hubo 35 participantes (9.20%) de la muestra que no están realizando ni han realizado ninguna actividad.

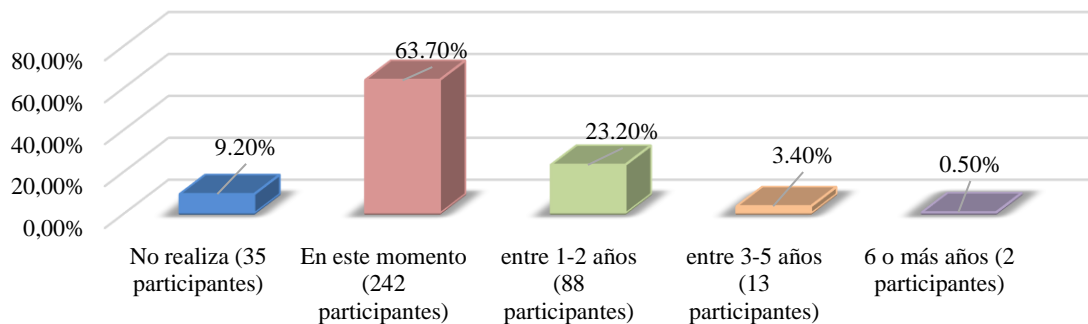


Gráfico 5. Distribución de la variable, tiempo de última formación realizada cantidad y porcentaje.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

4. 5. 5. Años de experiencia profesional

Respecto a los años que llevan trabajando como enfermeras (véase, Gráfico 6). Se comprueba que un 32.3% afirmó que llevaba trabajando más de 27 años como enfermera. Seguido del intervalo de 20 a 26 años de experiencia profesional con un porcentaje 23%. En el caso de menos de 5 años, se encuentra que tiene un peso porcentual del 8.4%, sobre el total de la muestra.

Capítulo IV. Método

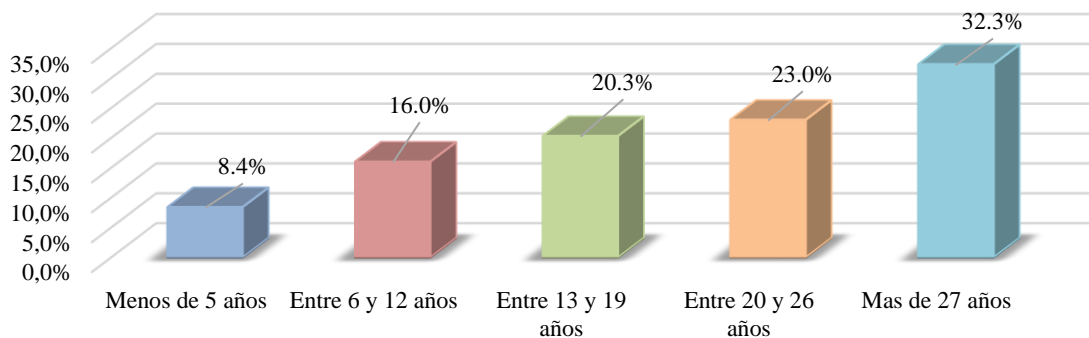


Gráfico 6. Distribución porcentual de la variable tiempo que trabajas como enfermera.

Nota. Fuente: elaboración propia.

4. 5. 6. El perfil general de las participantes

El perfil mayoritario de la muestra es el de ser mujer, en un rango de edad entre los 41 y 50 años, que trabajan en centro hospitalario de la CAM, como personal fijo desde hace más de 27 años, y el departamento o servicio al que pertenecen es el de urgencias siendo el turno rotatorio como enfermera asistencial. Dentro de la formación cualificada, hace más de 27 años que obtuvieron su titulación para ejercer su profesión, y el máximo nivel académico que poseen es ser DUE. Realizan habitualmente acciones de formación continua y en la actualidad, están realizando alguna acción formativa.

4. 6. Instrumentos

Para la recogida de datos del estudio, se generó y empleó un cuestionario compuesto por tres instrumentos, elaborado exprofeso para tal fin. El instrumento definitivo constó de 80 preguntas (véase, Anexo II), dividido en tres partes diferenciadas, a saber:

- Cuestionario de *Calidad De Vida Profesional (CVP-35)* adaptado al español por Cabezas (1989, 2000) y basado en el modelo demanda-control-apoyo de Karasek (1979). Tiene 35 preguntas cerradas en las cuales se puntúa la percepción que tiene cada trabajador respecto a su puesto de trabajo. Se utilizó la escala de 1 a 10, cuyos valores van escaladamente de Nada a Mucho. Las preguntas están agrupadas en diferentes escalas: apoyo directivo (contiene 13 ítems), cargas de trabajo (contiene 11 ítems), motivaciones

intrínsecas (contiene 10 ítems) y, por último, un ítem relacionado con la CV global. Ésta última no se agrupa en ninguna de las escalas antes descritas. La consistencia interna facilitada por la autora para la fiabilidad del instrumento fue de .81 para la puntuación global, en el alfa de Cronbach.

- *Escala de preferencias de Valores (SVS)*, adaptada al español por Balaguer et al. (2006). Ha sido empleada para medir el sistema de valores que tienen los adolescentes españoles, teniendo amplia aceptación entre la comunidad científica. El instrumento sigue el modelo de escala de preferencia de valores de Schwartz (1992). Consta de 45 ítems agrupados en diez factores, los cuales a su vez se organizan en torno a cuatro valores de orden superior.

- *Cuestionario General de datos sociodemográfico*, elaborado ad hoc, para este estudio, el cual consta de 18 preguntas. Se incluyeron preguntas de tipo general, laborales y formativas. En el presente estudio se tuvieron en cuenta tan solo 5 factores, siendo *sexo*, *edad*, *situación laboral*, *tiempo transcurrido de la última formación* y *experiencia profesional*, las cuales han dado consistencia a la muestra.

La aplicación de los instrumentos se realizó en modalidad online y cumplió con las expectativas planteadas, tanto para las participantes como para el investigador.

El enlace web¹¹ que daba acceso al cuestionario en cualquier momento o lugar, estuvo predefinido y elaborado en Survey Monkey. En él, se hacía saber a los participantes, que el acceso al instrumento podía realizarse desde cualquier dispositivo móvil o fijo que tuviera acceso a Internet.

4. 6. 1. Cuestionario de evaluación del sistema de preferencias de valor (SVS)

Esta escala tiene su base teórica en el modelo de los valores universales desarrollado por Swartz (1992). Hace referencia a las necesidades vitales del ser humano, de las cuales surgen los diez valores comunes – *Universalismo, Benevolencia, Tradición, Conformidad, Seguridad, Poder, Logro, Hedonismo, Estimulación* y *Autodirección* -. Todos ellos están compartidos por los individuos, con independencia de su cultura. Los

¹¹ Enlace web <https://es.surveymonkey.com/r/RSVFGJ2>.

Capítulo IV. Método

axiomas mencionados, están organizados en cuatro valores de orden superior – *Autotrascendencia, Autoconservación, Autopromoción y Apertura al cambio-*.

La existencia de estudios de validación del instrumento SVS realizados por Schwartz (Grad y Schwartz, 1998; Ros y Schwartz, 1995), han demostrado un buen ajuste inicial del modelo con muestras poblacionales de diversos orígenes, habiendo sido aplicada en diferentes países. Los primeros estudios de fiabilidad consiguieron una consistencia interna en el alfa de Cronbach de .90, lo que indica una elevada fiabilidad (Llinares, Molpeceres y Musitu, 2001).

Otros autores han validado estos resultados aplicando la escala a poblaciones con rasgos característicos diversos, encontrando evaluaciones del sistema de axiológico en personal militar y otros colectivos (Góngora y Casullo, 2009; Castro y Nader, 2006; Casullo y Castro, 2004).

En la mayoría de los trabajos realizados las preferencias de valor se centraron en población adulta, siendo descartados los rangos de edad más pequeños. Ante esta incidencia poblacional, se siguió indagando en la posibilidad de estudios en poblaciones menores, encontrando trabajos elaborados para la población de adolescentes, en los que se validó la escala de valores universales de Schwartz (SVS). La intencionalidad fue abrir el espectro poblacional y de los primeros hallazgos encontramos el trabajo de Balaguer, et al. (2006). Siguiendo este modelo, se encuentran otros estudios como los realizados por Gallego (2015). En estos estudios la cohorte de interés es la población adolescente, se toma como instrumento la adaptación al español de la escala SVS llevada a cabo por Ros y Grad (1991), compuesta por 56 ítems. Los resultados de la investigación llevada a cabo por Balaguer, et al., (2006), muestran un buen ajuste factorial del instrumento a la tipología teórica de los 10 valores. No así, el estudio de fiabilidad empírica que concluye con la eliminación de algunos ítems que restan consistencia interna a la escala.

En definitiva, tras revisar la viabilidad del modelo de Schwartz y el instrumento SVS, realizado para medir la escala de valores, se ha considerado que es idóneo para realizar estudios dentro de todas las poblaciones existentes, siendo así para nuestra muestra.

4. 6. 1. a. *Características generales del instrumento SVS*

Las características generales de la *Escala de valores* de Schwartz son las siguientes:

- Cuestionario global: 45 ítems agrupados en 10 factores y, a su vez, organizados en 4 valores de orden superior. La operativización de las dimensiones del cuestionario es la siguiente: los ítems saturan en 10 factores denominados “*Universalismo*”, “*Benevolencia*”, “*Tradición*”, “*Conformidad*”, “*Seguridad*”, “*Poder*”, “*Logro*”, “*Hedonismo*”, “*Estimulación*” y “*Autodirección*”.
- Escala aditiva global tipo Likert: los ítems están formulados en positivo.
- Puntuación de los ítems: escala con nueve opciones de respuesta que oscilan entre -1 y 7, siendo -1 “Opuesto a mis valores”, 0 “Nada importante”, 1 “Muy poco importante”, 2 “Poco importante”, 3 “Algo importante”, 4 “Bastante importante”, 5 “Muy importante”, 6 “Extremadamente importante” y 7 “Central en mi vida”.
- Las puntuaciones de los diez factores oscilan, dependiendo del número de ítems que los componen, de -2 a 56. Así, los factores 1, 2, 9 y 10, compuestos por cuatro ítems cada uno, tienen puntuaciones que oscilan entre -4 y 28, el factor 3.4 y 6, con cinco elementos, puede obtener puntuaciones entre -5 y 35; el factor 5, el más grande con 8 ítems, obtiene puntuaciones entre -8 y 56, el factor 7, compuesto por 3 ítems, oscila entre -3 y 21 puntos. Por último, el octavo factor, con 2 preguntas, tiene puntuaciones entre -2 y 14 puntos.
- La interpretación de las puntuaciones: las más altas indican, según la subescala, una mayor preferencia o centralidad de los valores representados en el sistema axiológico de los sujetos. Por el contrario, las más bajas muestran una menor preferencia o centralidad con los valores que expresa cada ítem.

4. 6. 1. b. *Fiabilidad del instrumento SVS*

Para el análisis de fiabilidad de la adaptación del instrumento a la población adolescente española del SVS (Balaguer, et al., 2006), y población adulta, se observa que 11 de los ítems de la escala original - *Armonía interna, vida espiritual, sentimiento de pertenencia, tener sentido en la vida, autorespeto, amor maduro, distanciamiento, reconocimiento social, amistad verdadera, sano e inteligente* - muestran una correlación con el resto de los ítems de la escala, inferior a .30.

Utilizando dicho criterio, Balaguer et al. (2006) decide eliminar dichos ítems con el objetivo de mejorar la consistencia interna de la escala. Así como mejorar su fiabilidad. Al realizar tales cambios, la fiabilidad del instrumento con el coeficiente alfa de Cronbach alcanza un valor de .94, siendo ligeramente superior a la puntuación obtenida por Schwartz (1992), en sus primeros trabajos.

En otro orden, el estudio de la validez de los diez dominios de valor recogidos en la SVS muestra diversos resultados respecto a la consistencia interna de los ítems que la componen. Así, las subescalas *Conformidad* ($\alpha = .71$), *Benevolencia* ($\alpha = .76$), *Universalismo* ($\alpha = .81$), *Estimulación* ($\alpha = .76$), y *Poder* ($\alpha = .81$) alcanzan valores superiores a .70, por lo que se considera una fiabilidad aceptable. De igual modo, las subescalas *Tradición* ($\alpha = .58$), *Seguridad* ($\alpha = .60$), *Autodirección* ($\alpha = .66$) y *Logro* ($\alpha = .66$) tienen un alfa superior a .50, por lo que se considera que su fiabilidad es moderada. Por último, la fiabilidad de la subescala *Hedonismo* se calculó por la correlación entre ítems al estar compuesta por sólo dos elementos, siendo de .42 ($r = .42$) (Balaguer et al., 2006), contrastado en estudios realizados por Gallego (2015).

Por otro lado, el estudio de la fiabilidad de los cuatro valores de orden superior en los cuales están agrupados los dominios de valor, el resultado de la consistencia interna según el trabajo de validación de Balaguer, et al. (2006), muestra un valor cercano a .80. El valor de orden superior *Autoconservación* tiene un *alfa de Cronbach* de .81 ($\alpha = .81$), *Autotrascendencia* alcanza un .87 ($\alpha = .87$), la *Apertura al Cambio* tiene un valor de alfa de .82 ($\alpha = .82$) y por último la *Autopromoción* tienen una consistencia interna de .79 ($\alpha = .79$).

4. 6. 1. c. Validez del instrumento SVS

La primera escala de evaluación de las preferencias de valor estaba diseñada apoyándose en el modelo teórico de los *valores universales de Schwartz* (1992). La teoría hace una propuesta del sistema dinámico de diez valores, siendo aportadas las denominaciones por los axiomas del modelo teórico.

El instrumento de preferencias de valor es una escala que mide el sistema de valores universales, diseñado por Schwartz (1992). Este tiene una gran aceptación entre la comunidad científica, habiendo sido empleado en numerosos estudios, siendo validado

en diferentes ocasiones. El modelo se basa en las necesidades vitales de los sujetos, de las cuales aparecen diez factores (*Universalismo, Benevolencia, Tradición, Conformidad, Seguridad, Logro, Hedonismo, Estimulación y Autodirección*), estos factores a su vez tienen cuatro valores de orden superior (*Autotrascendencia, Autopromoción, Autoconservación y Apertura al cambio*), estando enfrentados unos con otros.

Los primeros trabajos elaborados por Schwartz, tienen una consistencia interna de *alfa de Cronbach* de .90, indicando una elevada fiabilidad (Llinares et al., 2001; Páez, 2015). Existe una gran cantidad de estudios que toman como referencia el instrumento adaptado al español de Ros y Grad (1991), el cual viene fundamentado en el modelo SVS de Schwartz.

Para nuestra investigación se hizo uso del instrumento utilizado por Balaguer et al. (2006), empleado en posteriores estudios con población adolescente, dado que posee un buen ajuste factorial confirmatorio, habiendo sido validado recientemente por Páez y De-Juanas (2015). Los trabajos de validación del instrumento han mostrado un ajuste adecuado a la escala del prototipo en la teoría base. En la matriz de factores rotados los autores (Balaguer, et al., 2006), obtienen 10 factores principales y las saturaciones de los ítems en cada uno de ellos son significativas ($p < .01$). Debe apuntarse que, en el ítem *Devoto*, los resultados evidenciaron que saturaba en varios factores y se decidió eliminar de la escala (Balaguer et al., 2006), tal como se observa en el estudio de Gallego (2015), en el que se puede observar el peso que tiene cada ítem.

Los índices de ajuste del análisis factorial obtenido en el trabajo de validación llevado a cabo por Gallego (2015), muestran unos resultados que confirmaron la adecuación del modelo factorial a la teoría, los datos con los que se cuenta son que el *Estadístico chi-cuadrado*: se comprueba la significancia del modelo, contrastando la hipótesis nula de que todos los errores del modelo son nulos; por lo tanto, se busca “No” rechazar esta hipótesis, y para no rechazarla el nivel de significancia debe ser superior al .05; no siendo rechazada dado que el valor fue 3.15 ($\chi^2/g.l = 3.15$); la *Raíz cuadrada del error medio cuadrático (RMSEA)* es sugerida para compensar el efecto de la complejidad del modelo dividiendo, por el número de grados de libertad para probar el modelo. Los valores inferiores a .08 son indicativos de un buen ajuste, siendo los resultados de validación del presente estudio .07 (RMSEA=.07). También el *Índice de bondad de ajuste (GFI)*, este estadístico de prueba está indicado para la variabilidad explicada por el

Capítulo IV. Método

modelo, sus valores oscilan entre 0 (ajuste pobre) y 1 (ajuste perfecto), por lo que se deduce que valores superiores a .90 indican buen ajuste, en nuestro caso ha sido .92 (GFI=.92), y por otro lado el *Índice de ajuste Comparativo (CFI)*: Este indica buen ajuste del modelo para los valores cercanos a 1, en el presente estudio el resultado es de .90 (CFI=.90) y para terminar con el *Índice de ajuste No Normalizado (NNFI) o Índice de Tucker-Lewis (TLI)*, con él se compara el ajuste por grados de libertad del modelo propuesto y nulo (modelo de ausencia de relación entre las variables). Cuando el índice tiende a 1 para modelos con muy buen ajuste, considerándose aceptables valores superiores a .90, aunque lo ideal sería valores mayores a .95, siendo los resultados de .90 (NNFI=.90). Estos resultados apoyan la hipotetización del modelo teórico.

Por otro lado, los análisis realizados para comprobar la validez de los valores de orden superior o valores de segundo orden mostraron los siguientes resultados (véase, Tabla 3). El estudio de la estructura factorial a partir de la matriz de componentes rotados (extracción de componentes principales) mostró que los diez dominios de valor del modelo teórico saturaban en los cuatro factores principales obtenidos. Siendo estos factores los mismos que la teoría propuesta y, por lo tanto, definiéndose por el nombre establecido en el prototipo teórico.

Tabla 3.

Saturación de cada valor respecto a los valores de orden superior.

	Conservación	Autotrascendencia	Aperturacambio	Autobeneficio
Conformidad	.83			
Tradicición	.73			
Seguridad	.75			
Benevolencia		.82		
Universalismo		.78		
Autodirección			.87	
Estimulación			.70	
Hedonismo			.54	
Logro				.82
Poder				.64

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se encuentran otros trabajos que han encontrado coincidencia con la estructura factorial del modelo teórico original en muestras de estudiantes jóvenes universitarios (Gouveia, Martínez, Meira y Lemos, 2001; Grimaldo, 2010b), siendo dichos datos de interés para el presente estudio.

4. 6. 2. Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35)

Esta escala tiene su base teórica en la perspectiva que tienen las profesionales respecto a su bienestar, derivado del equilibrio entre las demandas o cargas de trabajo y los recursos inherentes a los sujetos para poder afrontar las tareas adecuadamente (Cabezas, 1998, 2000).

El diseño sigue las líneas del modelo demanda-control de Karasek (1989), el cual propuso como instrumento el PQL 35. El instrumento goza de reconocimiento e interés científico; y ha sido traducido y adaptado a varios idiomas, como el realizado al castellano por Cabezas (1998, 2000), en el que se tuvo en cuenta la relación que existe entre las demandas y la capacidad de afrontamiento por parte de los profesionales. Se consideran como respuesta, los factores de gratificación y bienestar, los cuales influyen en el desarrollo profesional y personal.

El modelo hace alusión a los recursos de tipo psicológico, relacional y organizacional, agrupando casi todos los factores o indicadores en tres grandes grupos – *demanda o carga de trabajo, motivación intrínseca, apoyo directivo* – siendo tan solo uno de ellos – *calidad de vida percibida* -, el que hace mención de la CVL percibida global.

Se han realizado diferentes validaciones del instrumento y la consistencia interna del instrumento, mostrando un buen ajuste del modelo y con diferentes muestras (Rivera-Ávila et al., 2017; Grimaldo y Bossio, 2015, Grimaldo, 2011; Fernández et al., 2008; Martín et al., 2004). Estos trabajos de validación alcanzan una consistencia interna en el *alfa de Cronbach* dentro de lo deseable por lo que indica una elevada fiabilidad respecto al instrumento.

4. 6. 2. a. Características generales del instrumento CVP-35

Las características generales del cuestionario de Calidad de Vida Profesional son las siguientes:

- Cuestionario global: 35 ítems, agrupados en 3 dimensiones – *motivación intrínseca, carga de trabajo y apoyo directivo* -, y un factor de *CV global*.
- Las medidas que realiza el cuestionario son psicométricas.
- Su utilidad se vincula con población adulta.
- Escala aditiva global tipo Likert: los ítems están formulados en positivo
- Puntuación de los ítems: escala con diez opciones de respuesta que oscilan entre los valores 1-2 siendo su categoría “nada”, entre valores 3, 4 y 5 con categoría “algo”, entre valores 6, 7 y 8 con categoría “bastante” y entre valores 9 y 10 con categoría “mucho”.
- En relación con las dimensiones, la denominada carga de trabajo hace referencia a la percepción que tiene el profesional de las demandas respecto a su puesto de trabajo, los ítems vinculados son 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11. La dimensión motivación intrínseca hace alusión a los factores de estímulo o aliciente que tienen los profesionales respecto a su puesto de trabajo, los ítems vinculados son 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21. La dimensión apoyo directivo, hace referencia a la ayuda o respaldo que reciben los profesionales respecto a su puesto de trabajo por parte de sus superiores jerárquicos, los ítems vinculados son 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, y 35. Y, por último, la calidad de vida global que percibe el profesional, vinculado con el ítem 34.
- Los conceptos medidos son: Calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida.
- Respecto a la interpretación de las puntuaciones: Las puntuaciones más altas indican, según la subescala, una mayor percepción o preferencia respecto al factor asociado. Por el contrario, las puntuaciones más bajas muestran una menor preferencia.

4. 6. 2. b. *Fiabilidad del instrumento CVP-35*

El cuestionario de CVP-35, está diseñado para ser utilizado de forma autoadministrada y anónima basada en teoría demanda-control, de Karasek (1989) y esta validado por Cabezas (1998, 2000) para población española. El instrumento evalúa la CV a través de 35 preguntas cerradas que hacen alusión a la percepción que tienen los trabajadores respecto a su puesto de trabajo.

La fiabilidad de la escala ha sido estudiada en diversas ocasiones. Según los primeros trabajos de Cabezas (1998, 2000), la escala original, compuesta por cuatro factores –*apoyo directivo, cargas de trabajo, motivación intrínseca y calidad de vida laboral*- tenía valores de *alfa de Cronbach* altos para cada una de las subescalas, .76 ($\alpha = .76$) para la subescala *Apoyo directivo*; .70 ($\alpha = .70$) para la subescala *Motivación intrínseca*; .80 ($\alpha = .80$) para *Cargas de trabajo* y, por último, para la subescala *Calidad de vida laboral* .67 ($\alpha = .67$). A la agrupación escalar mencionada tiene asociada al *apoyo directivo* con 13 ítems, a *carga de trabajo* con 11 ítems, *motivación intrínseca* con 10 ítems y una pregunta con 1 ítem referente a la *calidad de vida laboral global* no agrupada en ninguna de las categorías antes mencionadas.

En nuestro estudio los valores de *alfa de Cronbach* de las subescalas *Apoyo directivo* ($\alpha = .90$), *Cargas de trabajo* ($\alpha = .85$) y *Motivación intrínseca* ($\alpha = .72$) alcanzan valores superiores a .70, por lo que se considera una fiabilidad aceptable. Por último, la fiabilidad de la subescala *Calidad de Vida global percibida* no se puede calcular al estar compuesta por un solo ítem.

Finalmente, el análisis de fiabilidad global de la escala CVP, arroja un *alfa de Cronbach* de .89. No obstante, analizando la correlación de cada ítem con el conjunto de la escala se observa que hay cuatro elementos con una baja correlación con el resto de los ítems de la escala.

Así, la eliminación de los ítems: 15 –Desconecto al acabar la jornada laboral-, 18 –Falta de tiempo para mi vida personal-, 19 –Incomodidad física en el trabajo- y 33 – Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud-, suponen un incremento en la fiabilidad de la escala hasta un *alfa* de .90, como consecuencia, se decidió la eliminación de dichos ítems.

4. 6. 2. c. Validez del instrumento CVP-35

En relación con el estudio de la validez de la CVP-35, muestra resultados diversos de la consistencia interna de los ítems que los componen. La consistencia interna que halló Cabezas (1998) para la validación fue de .81 para la puntuación global.

La literatura revisada de la que se obtuvo la escala no aportaba la validación para la población específica objeto de la investigación. No obstante, se disponía de las características técnicas, el número de ítems (35) y el nombre de los factores que componía la escala, a saber: (apoyo directivo, cargas de trabajo, motivación intrínseca y calidad de vida profesional).

Por este motivo, se ha realizado el análisis factorial para poder validar la escala para las profesionales enfermeras y conocer qué ítems componen cada uno de los factores, asimismo, poder asignar un nombre a cada uno de ellos.

Para la elaboración del análisis factorial se ha empleado el método de Componentes Principales. El resultado de este cálculo muestra ocho factores con una varianza explicada mayor a la unidad (criterio mínimo propuesto por Morales, 2013), tal y como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4.
Saturaciones de los factores extraídos de la escala.

Componentes	Extracción de las sumas de cuadrados de las saturaciones		
	Total	% de varianza	% de varianza acumulada
1	8.026	22.931	22.931
2	5.025	14.357	37.288
3	2.453	7.008	44.296
4	1.505	4.301	48.597
5	1.393	3.979	52.576
6	1.177	3.364	55.940
7	1.137	3.248	59.188
8	1.028	2.937	62.125

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Estos ocho factores explican el 62.125% de la varianza total de las respuestas de la escala. En la solución factorial rotada (rotación Varimax) se encuentra el peso o

saturación de cada uno de los ítems en los ocho factores obtenidos. Siguiendo el criterio de determinación de la composición de los factores establecido por Morales (2013) – saturación mayor a .3 y peso mayor que el resto de los factores- (en el Anexo III se muestran a qué factor corresponde cada ítem).

De la identificación de los mayores pesos en cada uno de los componentes se extraen los ítems que los componen. Así, el 22.93% de la varianza queda explicada por:

- El primer factor, que está compuesto por las preguntas número 4; 5; 10; 14; 16; 20; 22; 23; 28 y 30.
- El segundo factor, que explica el 14.36% de la varianza está compuesto por los ítems 1; 6; 7; 8; 21; 24 y 25.
- Los ítems que componen el tercer factor, que explican el 7.00% de la varianza, son 26; 27; 29; 31 y 32.
- El cuarto factor, con un 4.3% de varianza explicada, está compuesto por los ítems 17; 18; 19 y 33.
- El quinto componente o factor, que explica el 3.89% de la varianza está compuesto por los ítems 2; 3; 9 y 34.
- El sexto factor, que recoge el 3.36% de la varianza se compone de los ítems 11 y 35.
- El séptimo factor explica el 3.25% de la varianza se compone de los ítems 12 y 13.
- El octavo factor explica el 2.94% de la varianza y se compone del ítem 15.

Atendiendo al contenido de los ítems con mayor peso factorial en cada uno de los componentes, se establece el nombre o variable de evaluación de estos. Así, tomando los factores establecidos previamente –*Carga de trabajo, apoyo directivo, motivación intrínseca y calidad de vida profesional global*- y teniendo en cuenta el incremento de tres factores respecto al original, se asignaron una denominación a cada uno de los nuevos factores, quedando identificados del siguiente modo:

- Primer factor: Autonomía y participación laboral
- Segundo factor: Presión y estrés laboral
- Tercer factor: Importancia de la capacitación y funciones
- Cuarto factor: Riesgos laborales

Capítulo IV. Método

- Quinto factor: Motivación intrínseca
- Sexto factor: Apoyo directivo
- Séptimo factor: Apoyo familiar
- Octavo factor: Riesgo de burnout o desgaste profesional

El nombre asignado a los factores 1; 2; 3; 4; 7 y 8 no aparecían en la definición original asignada por Cabezas (1998, 2000). Sin embargo, observando el contenido tratado por los ítems que lo componen, se decidió darles esta nomenclatura.

4. 7. Procedimiento

La presente investigación, ha estado dividida en tres fases diferenciadas:

- *Primera fase:* Diseño de la investigación y recogida de la información bibliográfica existente, en relación con los modelos que pudieran ser adecuados a nuestro objeto estudio los “Valores sociales y CVP de las enfermeras de la CAM”, cuyos resultados fueron transcritos y hechos visibles, en diferentes artículos de revisión documental actualizada (Mazuecos, 2015, 2016, 2017).
- *Segunda fase:* Una vez recogida toda la información teórica considerada como imprescindible para la investigación, se estructuraron las bases teóricas y el marco de actuación contextualizado con la presente investigación. Seguidamente se pasó a una fase empírica en la que se aplicaron los instrumentos y se recogió la información.
- *Tercera fase:* En este periodo se crearon las bases de datos, se analizaron los datos y se establecieron los resultados. Finalmente se realizaron las conclusiones del estudio.

En el Cuadro 9 se exponen las técnicas utilizadas durante el progreso de la investigación, así como los objetivos a conseguir al aplicar dicha técnica, siendo estas evaluadas de forma continuada y sistematizada.

Cuadro 9.

Técnicas de sistematización de la investigación para consecución objetivos.

TÉCNICAS	OBJETIVOS
Revisión bibliográfica/documental	Contextualizar la investigación, identificar instrumentos científicamente validados para medir CVP y Valores.
Reuniones de Trabajo (retroalimentación y evaluación continua y sistematizada)	Establecer encuentros puntuales de asesoramiento y consultoría para guionización del recorrido metodológico. Diseñar estrategias a emprender, entrada al campo de la investigación, interrelacionar con investigadores, elegir los instrumentos, orientar los análisis de datos, evaluar la continuidad y ejecutar cambios necesarios, participación en congresos para intercambio y retroalimentación información.
Herramientas de recogida de datos (cuestionarios)	Recoger la información necesaria sobre la CVP y los valores. Uso de datos de carácter sociodemográficos.
Análisis de datos estadísticos	Analizar los resultados obtenidos. Identificar la asociación existente entre algunas variables: Valores sociales y CVP. Realizando análisis de las correlaciones y adaptación de datos al programa informático SPSS.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tras realizar la revisión y establecer el marco teórico en el cual se basó la investigación; en enero del año 2016, se realizó una solicitud a la dirección de enfermería del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid), para solicitar la recogida de datos en la población de enfermería que tenía la institución. Tras una entrevista y la exposición de motivos para realizar la presente investigación, no se lograron los permisos para llevar a cabo el estudio en dicho hospital.

Seguidamente, se realizó una nueva solicitud en el Hospital Universitario Puerta de Hierro. Durante la entrevista realizada con la coordinadora de evaluación de proyectos, se nos permitió realizar el estudio; y nos facilitaron el acceso a la muestra mediante acceso a los instrumentos vía online.

Se construyó el cuestionario en la plataforma de encuestas en línea - *SurveyMonkey*-, la cual se adecuaba a las necesidades que teníamos. En abril de 2016, se abrió el cuestionario y se envió correo electrónico masivo solicitando la participación voluntaria de las profesionales.

Una vez recogidos los datos, en diciembre de 2016, y tras tres recordatorios a las participantes, se construyó la base de datos en el programa informático SPSS.

Por último, en el nivel ético se siguieron las directrices que marca la Declaración de Helsinki (2008). A las participantes se las mencionó en la hoja informativa de acceso

al formulario de recogida de datos (Anexo I), en la que se justificaba el estudio y los objetivos planteados. También, se aportó información respecto a la participación voluntaria, la confidencialidad y anonimato de los datos que iban a aportar los participantes, los cuales se trataron según lo determinado por la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (LOPD) 15/1999 de 13 de diciembre.

4. 8. Análisis estadísticos

Para la realización de los análisis estadísticos se hizo uso del programa informático Statistical Package for the Social Sciences, (SPSS/PC+, 20.0). Con el apoyo de este software los datos se sometieron a diferentes tipos de análisis:

-Análisis descriptivos: El estudio descriptivo permitió conocer la distribución de las participantes de la muestra en las diferentes variables sociodemográficas que se han incluido en el instrumento de evaluación. Además, se realizaron cruces de datos entre varias de estas variables con el fin de conocer con un mayor nivel de concreción el reparto de las participantes en el estudio. Se incluyeron en estos análisis estadísticos la frecuencia, medida central y dispersión.

-Análisis factorial: Sirvió para aportar datos de las características psicométricas del instrumento CVP-35. El resultado de estos análisis permitió visualizar la estructura interna del instrumento para el conjunto total de datos aportados por la muestra. Asimismo, sirvió para validar este instrumento.

-Análisis correlacional: Se llevaron a cabo los análisis de correlaciones oportunas para conocer la relación entre las variables implicadas -preferencias de valor y la CV-, de los sujetos participantes en la investigación. De igual modo, también se empleó este análisis para conocer la relación entre las variables mencionadas con las variables sociodemográficas establecidas.

-Análisis de regresión lineal: se realizó la comparación de las medias de la CVP y de las preferencias de valor, así como con el coeficiente de correlación de Pearson.

Capítulo V

Resultados

5. 1. Presentación

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos de los análisis estadísticos que se han llevado a cabo en esta tesis. Estos análisis son coherentes con los objetivos planteados en el diseño de la investigación¹² en los que se relaciona el sistema de preferencias de valor con la CVP de las enfermeras de la CAM.

En capítulos previos, se hizo mención al desarrollo de un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional y transversal. Los análisis que se han realizado junto con los resultados se recogen con un hilo argumental que pretende facilitar la lectura. Se parte de la caracterización específica de la muestra. Asimismo, se han calculado los valores descriptivos -media (M) y desviación típica (DT)-. También, se han llevado a cabo pruebas no paramétricas con el fin de poder contrastar las variables dependientes del estudio según sexo, edad, situación laboral, tiempo transcurrido desde la última acción formativa y años de experiencia profesional.

En las siguientes líneas, se expone toda la información relativa a los resultados obtenidos de la investigación.

¹² Véase capítulo IV, apartado 4.2.1. Objetivos e hipótesis.

5. 2. Análisis descriptivos (OE 1)

Anteriormente, se expuso la teoría de los Valores Universales de Schwartz (1992), el cual configuró el cuestionario SVS, en su adaptación española llamado CVS (Ros y Grad, 1991). También, se hizo mención del modelo demanda-control planteado por Karasek (1979); el cuestionario CVP-35 en su adaptación española realizada por Cabezas (1998); siendo ambos instrumentos valorados como adecuados para recabar información en la presente investigación.

A continuación, se exponen los resultados descriptivos referidos a las dos variables – *valores* y *CVP* – así como aquellos relativos a otras variables de orden sociodemográfico.

5. 2. 1. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de diversas variables sociodemográficas

Tras recoger los datos relativos al cuestionario SVS, el siguiente paso consiste en exponer las preferencias de valor de las participantes. Para ello, se ha calculado el sumatorio de la puntuación total de los ítems para cada dominio de valor dividiéndose por el número de ítems que los componen (al ser este diferente según los casos). De este modo, se obtiene la puntuación media para cada dominio de valor en el conjunto de participantes, evidenciándose de esta manera la mayor o menor preferencia por cada uno de los diez dominios de valor que compone el modelo. En la Tabla 5 se observan los resultados obtenidos para los 380 participantes relacionados.

Capítulo V. Resultados

Tabla 5.
Preferencias de valor muestra final.

	M	DT
Benevolencia	7.421	1.96
Autodirección	7.012	1.82
Universalismo	6.985	1.76
Conformidad	6.930	1.80
Seguridad	6.829	1.76
Hedonismo	6.695	1.95
Logro	6.471	2.00
Estimulación	6.457	1.89
Tradición	6.091	1.88
Poder	5.447	1.90

Nota: Fuente: Elaboración propia. M= Media; DT= Desviación típica

En el Gráfico 7, encontramos que las mayores preferencias de valor de las participantes se dirigen a los dominios *Benevolencia*, *Autodirección*, *Universalismo*, - valores englobados dentro de los dominios de orden superior *Autotrascendencia* y *Apertura al cambio*, representados en la mitad derecha del modelo circular de Schwartz, y *Conformidad* –cercano a *Benevolencia*, aunque perteneciente al valor de orden superior *Conservación*. Todos ellos tienen una puntuación media cercana y/o superior a siete puntos.

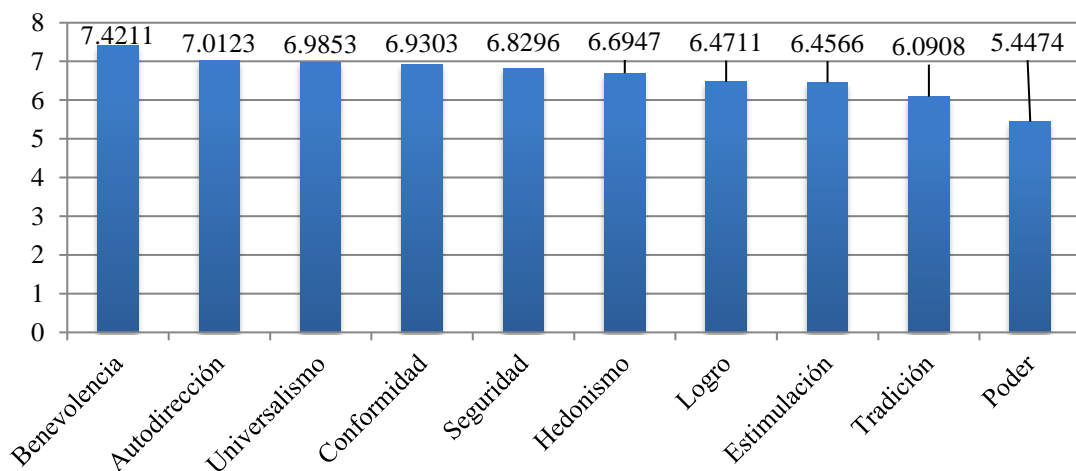


Gráfico 7. Distribución de las preferencias de valor de la muestra.

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por la muestra.

Sin embargo, si se observan los otros cuatro valores con mayor preferencia, se puede ver que pertenecen a tres de los cuatro dominios superiores. Estos valores son *Seguridad*, *Hedonismo*, *Logro* y *Estimulación*. Dos de estos valores pertenecen al dominio superior *Apertura al cambio*, mientras que los otros dos son pertenecientes a *Autopromoción* y *Conservación*, en la representación circular del modelo de los valores universales¹³.

Por último, los valores que presentan un menor índice de preferencia son *Tradición* y *Poder*, ambos con una media inferior a 6.1 puntos. Asimismo, son pertenecientes a los valores de orden superior *Conservación* y *Autopromoción*, que están representados en la mitad izquierda del modelo circular de Schwartz.

Todos los valores muestran una dispersión que oscila entre $DT = 2.0$ y $DT = 1.76$, lo que se puede interpretar como una dispersión pequeña. Es decir, las puntuaciones se agrupan en torno a la puntuación media de los axiomas.

En la ordenación jerárquica de las preferencias de los valores de orden superior, las participantes se definen mayoritariamente por valores englobados en *Autotrascendencia*, con una media superior a 7 puntos. Una puntuación cercana es alcanzada por el valor de orden superior *Apertura al cambio*, seguido de *Conservación*. En último lugar, por debajo de seis puntos, se encuentra el valor de orden superior *Autopromoción*. Para las 380 participantes, los resultados se presentan en la Tabla 6.

Al igual que los dominios de valor, las puntuaciones otorgadas a los valores de orden superior tienen una dispersión pequeña que oscila entre $DT = 1.80$ y $DT = 1.66$.

¹³ Véase Capítulo I, apartado 1.4.5.b. Teoría de los valores de Shalom H. Swartz.

Tabla 6.

Preferencias de valor de orden superior muestra.

	M	DT
Autotrascendencia	7.203	1.80
Apertura al cambio	6.721	1.72
Conservación	6.617	1.66
Autopromoción	5.959	1.77

Nota: Fuente: Elaboración propia. M= Media; DT= Desviación típica.

La jerarquía conjunta de los dominios de valor y los valores de orden superior en opinión de las participantes queda del siguiente modo:

1º) Autotrascendencia:

- . 1º Benevolencia.
- . 3º Universalismo.

2º) Apertura al cambio:

- . 2º Autodirección.
- . 6º Hedonismo
- . 8º Estimulación. Universalismo

3º) Conservación:

- . 4º Conformidad.
- . 5º Seguridad.
- . 9º Tradición.

4º) Autopromoción:

- . 7º Logro.
- . 10º Poder.

No obstante, el orden jerárquico de las preferencias de valor varía si se analizan dichas preferencias ordenando a las participantes según los grupos formados por las variables sociodemográficas. Así, se pueden analizar las predilecciones en función del sexo, edad, situación laboral, tiempo desde la última formación o años de experiencia profesional.

5. 2. 1. 1. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función del sexo

La jerarquización de los valores según las puntuaciones otorgadas por las participantes en función del sexo muestra el siguiente orden (véase, Tabla 7).

Tabla 7.
Preferencias de valor de la muestra en función de su sexo.

	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicción	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
Hombre (N= 64)	3	1	6	4	9	8	10	7	5	2
Mujer (N= 280)	2	1	5	4	9	7	10	6	8	3

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En esta clasificación se observa que el orden de preferencia de los valores es igual en cuatro valores –*Benevolencia, Conformidad, Tradición y Poder*-. En otros cinco –*Universalismo, Seguridad, Logro, Hedonismo y Autodirección*- la diferencia de orden es de un punto. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos para el valor *Estimulación* es de tres puntos, mostrando así una mayor preferencia de este valor por parte de los hombres de la muestra.

5. 2 .1. 2. El orden de preferencia en los valores sociales de las enfermeras difiere en función de la edad

Respecto a la jerarquía de los valores obtenida en función de la edad de los participantes se observa en la Tabla 8. Se aprecia que los valores *Benevolencia, Tradición, Poder y Estimulación* tienen puntuaciones idénticas o menores a dos puntos en todos los grupos.

Capítulo V. Resultados

Tabla 8.

Preferencias de valor de la muestra en función de su edad.

	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicción	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
<30 ã (N=34)	5	1	3	8	9	2	10	4	7	6
31-40 ã (N=90)	3	1	5	4	9	8	10	6	7	2
41-50 ã (N=101)	2	1	6	4	9	8	10	5	7	3
51-60 ã (N=96)	3	1	5	4	8	7	10	6	9	2
> 61 ã (N=23)	5	1	2	6	10	7	8	3	9	4

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, se observan notables diferencias de más de tres puntos en el orden de preferencia en seis valores, *–Universalismo, Seguridad, Conformidad, Logro, Hedonismo y Autodirección–*. Las mayores diferencias se encuentran en el valor *Logro*, con seis puntos de diferencia entre los grupos. De este modo, las participantes menores de 30 años presentan una mayor motivación por el *Logro* que los otros cuatro grupos.

5. 2. 1. 3. El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función de la situación laboral en la que se encuentren

En la Tabla 9, se observa que las puntuaciones otorgadas por las participantes en los valores, clasificados en función de su situación laboral, arroja el siguiente resultado:

Tabla 9.
Preferencias de valor de la muestra en función de su situación laboral.

	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicción	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
Eventual (N=74)	2	1	5	3	9	8	10	6	7	4
Interino (N=199)	3	1	5	4	9	8	10	6	7	2
Fijo (N=68)	2	1	3	7	9	4	10	6	8	5

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En esta clasificación, se observa que los valores *Universalismo*, *Benevolencia*, *Seguridad*, *Tradicción*, *Poder*, *Hedonismo* y *Estimulación* tienen puntuaciones menores a dos puntos en todos los grupos.

Por el contrario, los valores *Conformidad*, *Logro*, y *Autodirección* muestran diferencias de más de tres puntos en el orden de preferencia entre los grupos. La diferencia mayor se encuentra en los valores *Logro* y *Conformidad*, ambos con cuatro puntos de diferencia. Así, las participantes con un contrato eventual muestran mayor *conformidad*, aunque cercano, que las que tienen un contrato de interinidad y mucho más que las que tienen un contrato fijo. Del mismo modo, las enfermeras con un contrato fijo tienen mayor motivación de *logro* que los otros dos grupos.

5. 2. 1. 4. El orden de preferencia en los valores de las enfermeras varía en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada

Igualmente, el estudio del sistema de valores de las participantes que conforman los grupos de la clasificación según el tiempo transcurrido desde la última formación realizada arroja la siguiente jerarquía (véase, Tabla 10).

Capítulo V. Resultados

Tabla 10.

Preferencias de valor de la muestra en función del tiempo transcurrido desde la última formación.

	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicón	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
Actualmente (N=242)	2	1	3	7	9	4	10	6	8	5
1-2 ã (N=88)	3	1	5	4	9	7	10	6	8	2
3-5 ã (N=13)	2	1	4	6	9	8	10	3	7	5
> 6 ã (N=2)	3	1	6	2	10	8	9	7	4	5

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Al igual que en las clasificaciones anteriormente descritas, los valores *Universalismo*, *Benevolencia*, *Tradicón* y *Poder*, obtienen puntuaciones menores a dos puntos en todos los grupos.

Por otro lado, los valores *Seguridad*, *Conformidad*, *Logro*, *Hedonismo*, *Estimulación* y *Autodirección* tienen diferencias mayores de tres puntos en el orden de preferencia manifestado por las participantes de cada grupo. De esta manera, las participantes que realizan una formación en el momento de la recogida de datos muestran una mayor preferencia por la búsqueda de la *seguridad* que los sujetos que realizaron una formación hace seis o más años. Del mismo modo, se observa una diferencia similar entre estos grupos respecto al valor *Conformidad*, siendo menos preferente para las enfermeras que realizaron una formación más reciente. La misma distancia se encuentra para el valor *Logro* entre las participantes con una formación más actual y los dos grupos con formación continua más distante en el tiempo.

En otro orden, el grupo *-3-5 años-* difiere en cuatro puntos en la jerarquización otorgada al valor *Hedonismo*, siendo más preferente para este grupo respecto a los otros grupos.

Por último, las enfermeras que realizaron una acción formativa hace más tiempo prefieren la *Estimulación* con mayor diferencia – cuatro puntos- respecto a los grupos que realizaron una formación más reciente.

5. 2. 1. 5. *El orden de preferencia en los valores de las enfermeras difiere en función de los años de experiencia profesional*

Por último, la jerarquía de valores de las participantes, ordenados por los grupos formados por sus años de experiencia profesional muestra el siguiente resultado (véase, Tabla 11).

Tabla 11.

Preferencias de valor de la muestra en función de los años de experiencia profesional.

	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicón	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
<5 ã (N=29)	4	1	3	6	7	2	10	5	9	8
6-12 ã (N=55)	4	1	5	3	9	8	10	6	7	2
13-19 ã (N=70)	3	1	6	4	9	8	10	5	7	2
20-26 ã (N=79)	2	1	5	4	9	8	10	6	7	3
> 27 ã (N=111)	3	1	5	4	9	7	10	6	8	2

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En la última clasificación en función de los años de experiencia, los valores *Universalismo, Benevolencia, Seguridad, Conformidad, Tradición, Poder, Hedonismo y Estimulación*-, tienen puntuaciones menores o igual a tres puntos en todos los grupos.

Por otro lado, los valores *Logro y Autodirección* tienen diferencias mayores de cuatro puntos entre los grupos. Así, las participantes con una experiencia profesional menor a cinco años muestran una diferencia de preferencia del valor *Logro* mucho mayor que el resto de los grupos.

De igual manera, las enfermeras con menor experiencia profesional priorizan en menor medida el valor *Autodirección* que los demás grupos.

Es destacable que el valor *Benevolencia* ha ocupado el primer puesto en las jerarquías de todos los grupos independientemente del criterio de clasificación de estos. Algo similar, pero en los dos últimos puestos de la jerarquía, ocurre con los valores *Tradición y Poder*, ocupando en la mayor parte de los grupos los puestos bajos de la clasificación. Esto permite identificar un perfil axiológico muy concreto en las enfermeras participantes en el estudio.

Por otro lado, los valores *Conformidad, Logro y Autodirección* muestran las mayores diferencias en función de la característica demográfica clasificatoria, siendo así el orden de los valores que más oscila.

5. 2. 2. Valoración de la CVP por parte de las enfermeras

Para dar continuidad a los resultados de nuestra investigación, se recuerda que la base teórica de la variable CVP ha sido el enfoque del modelo demanda-control realizado y desarrollado por Karasek (1976, 1979), el instrumento original lleva por nombre PQL-35.

La génesis teórica viene porque Karasek partió del análisis y descripción de situaciones que ocurren en entornos laborales en las cuales algunas características de índole laboral, así como de estados de salud, como el estrés, repercutirían de alguna forma en los profesionales que trabajan en dichos entornos¹⁴.

¹⁴ Véase Capítulo II, apartado 2.4.1. Modelos y enfoques teóricos actuales sobre calidad de vida.

La evidencia científica del instrumento original llevó a que otros autores tomaran la iniciativa y lo validaran a otros idiomas, como es el caso del trabajo realizado por Cabezas (2000).

En el Anexo IV, se presentan los resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario. Se observa que, los valores más altos se obtienen en el ítem “Mi trabajo es importante para la vida de otras personas” (8.87 ± 1.83) y en el ítem “Estoy capacitada/o para hacer mi trabajo actual” (8.68 ± 1.38). Por el contrario, los ítems con una puntuación más baja son los que hacen referencia a “Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto” (4.14 ± 2.40) y el ítem “Posibilidad de promoción” (4.56 ± 2.49).

En otro orden, en la Tabla 12 se aportan los datos totales del conjunto de puntuaciones de todos los ítems de los que consta el cuestionario (35). Se observa que tomando en consideración la media de puntuaciones de la escala –entre 1 y 350 puntos–, ninguna participante de la muestra otorga las puntuaciones más bajas de CVP. Mientras que el rango ($R=306$), al representar la distribución de los valores, encontramos que, al ser un número alto, los valores están bastante distribuidos. Asimismo, encontramos una media de 234.73 puntos ($\bar{x} = 234.73$), lo que sitúa la tendencia central por encima del punto medio del rango de la escala (está por encima de los 175 puntos que es la puntuación central). La mitad de las respuestas las visualizamos en la mediana ($Me = 235$). Asimismo, la desviación típica de las puntuaciones evidencia una amplia dispersión de las respuestas ($\sigma = 35.99$), lo que demuestra que está alejada de la mitad de las respuestas siendo la mayoría positivas. Por otro lado, la mitad de la muestra ha dado respuestas entre los 215 puntos y 260, 75 puntos (Percentiles 25 y 75).

Capítulo V. Resultados

Tabla 12.
Estadísticos de CVP Total en una muestra de CAM.

N	Válido	380
	Perdidos	0
M		234.73
Error estándar de la media		1.85
Me		235.00
Moda		224.00
DT		35.99
V		1295.52
Asimetría		-1.57
Error estándar de asimetría		.125
Curtosis		8.48
Error estándar de curtosis		.250
R		306.00
Mínimo		.00
Máximo		306.00
Percentiles	25	215.00
	50	235.00
	75	260.75

Nota: Fuente: Elaboración propia.

Media (M); Mediana (Me); Varianza (V); Rango (R), Desviación Típica (DT).

En el Gráfico 8 encontramos que, respecto al grado de asimetría esta es acusadamente negativa (el cociente entre el índice de asimetría y su error típico vale $(-1.57/0.125 = -12.57)$), este valor nos despeja que tenemos una asimetría a izquierdas aportando datos de los valores de la distribución que están dispuestos alrededor de la media en el que la minoría de los datos se encuentran a la izquierda de dicha media, siendo un valor negativo demasiado grande para pensar que pertenece a una distribución con valor esperado cero.

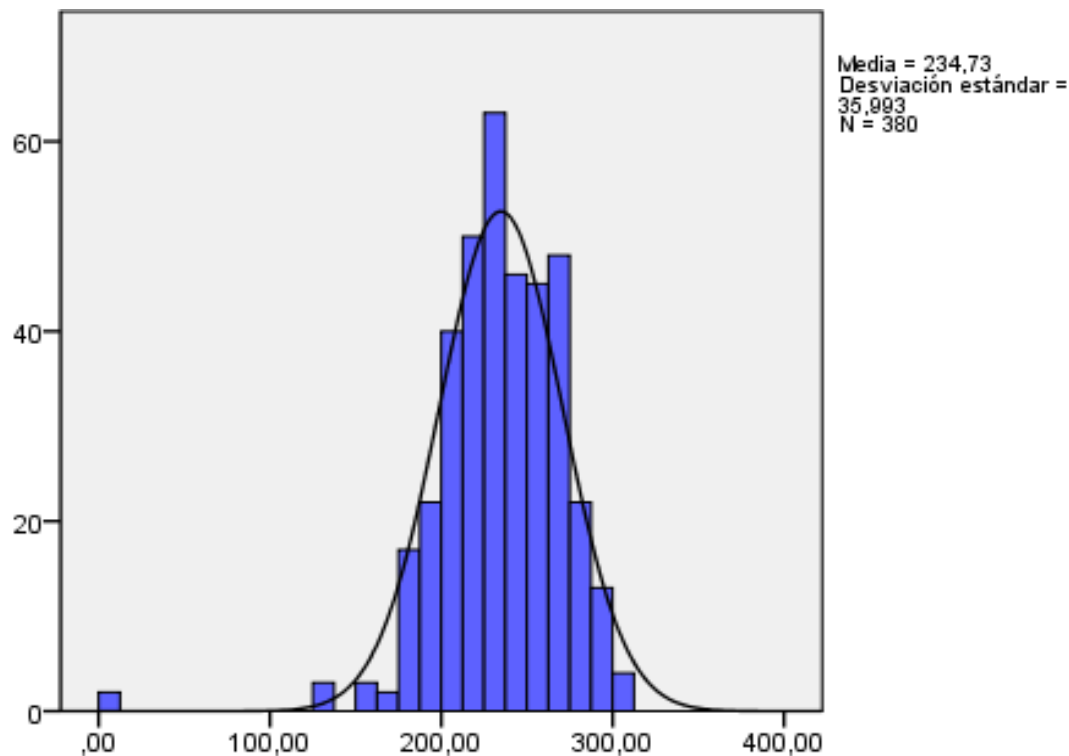


Gráfico 8. Histograma de CVP total.

Nota. Fuente: Elaboración propia a partir de datos aportados.

Siguiendo con nuestro Gráfico 8, visualizamos que la acumulación de casos en las colas (curtosis), es mayor que la que le corresponde a una distribución normal (tipificado el índice de curtosis obtenemos $8.48/.250 = 33.91$) siendo un valor demasiado grande para pensar que pertenece a una distribución con un valor esperado cero, dado que este indica una curtosis equivalente a la de una curva normal. La curtosis es de tipo leptocúrtica, la cual determina el grado de concentración que presentan los valores en la región central de la distribución, viendo que existe una gran concentración de datos en la curva reflejada, encontrando asimetría negativa y una desviación de la normalidad.

Continuando con el análisis descriptivo, en cada una de las subescalas de la que consta la CVP total, los resultados del análisis para las 4 subescalas seleccionadas son proporcionados en la Tabla 13, no existiendo ningún valor perdido. En el Apoyo Directivo (en adelante AD) encontramos que el máximo en las respuestas está en el 9.15. El promedio de respuestas en la Motivación Intrínseca (en adelante MI) se visualiza que es el más elevado ($M = 7.77$), seguida de Cargas de Trabajo (en adelante CT) con ($M = 7.02$), mientras que el valor más bajo lo encontramos en AD con ($M = 5.65$). Respecto a la desviación típica de las puntuaciones, se muestra una amplia dispersión entre los datos

Capítulo V. Resultados

de la MI cuya desviación es ($DT = 1.09$) siendo menor a la de Calidad de Vida Global (en adelante CVG) cuya desviación es ($DT = 2.07$), lo que demuestra que está última tiene un cierto alejamiento de la mitad de las respuestas.

Tabla 13.

Estadísticos descriptivos de las 4 subescalas que componen la Calidad de Vida Profesional Total.

	N	Mínimo	Máximo	M	DT
Apoyo directivo (AD)	380	.00	9.15	5.648	1.540
Cargas de trabajo (CT)	380	.00	10.00	7.022	1.488
Motivación intrínseca (MI)	380	.00	10.00	7.769	1.095
Calidad de vida global (CVG)	380	.00	10.00	6.374	2.067
N válido (por lista)	380				

Nota. Fuente: Elaboración propia. M= Media; DT= Desviación típica; V= Varianza.

Hasta el momento, se ha evidenciado que la percepción de la CVP total, es considerada por las enfermeras como aceptable/adecuada, con la salvedad del AD, que se le asigna unos valores menores.

En líneas siguientes se exponen los resultados de los datos aportados, con las principales variables independientes sexo, edad, situación laboral, experiencia profesional y tiempo de la última formación continua realizada en los últimos años y su incidencia en la CVP.

5. 2. 2. 1. La valoración de la CVP de las enfermeras en función del sexo es adecuada

A continuación, se expone la percepción de CVP que tienen las participantes en función del sexo. Se observa en la Tabla 14 que las respuestas dadas por los hombres han sido de 64 respecto a las 280 de las mujeres, así como una media con índices más elevados en MI respecto a la media más baja de AD sobre los totales, no encontrándose diferencias notorias entre hombres y mujeres.

Asimismo, respecto a la desviación típica encontramos una menor dispersión en el total de MI ($DT = .94$), no siendo notoria la diferencia entre hombres y mujeres; por el contrario, una mayor dispersión en la CVG siendo de ($DT = 1.98$), lo que nos indica que

los datos tienden a alejarse de la media en unos 2 puntos, de lo que decimos que son significativamente diferentes.

Tabla 14.

Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y el sexo de las participantes.

Sexo		AD	CT	MI	CVG
Hombre	M	5.722	6.867	7.902	6.359
	N	64	64	64	64
	DT	1.678	1.586	.857	2.199
Mujer	M	5.691	7.165	7.788	6.482
	N	280	280	280	280
	DT	1.450	1.312	.953	1.925
Total	M	5.697	7.110	7.809	6.459
	N	344	344	344	344
	DT	1.493	1.370	.9360	1.976

Nota. Fuente Elaboración propia.

5. 2. 2. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la edad es adecuada

Si observamos la Tabla 15, las respuestas válidas han sido 345, encontrando el mayor porcentaje de respuestas en el rango de edad 41-50 años, en este mismo rango de edad encontramos que MI tiene una media ($M = 7.61$) siendo la más alta de las subescalas, mientras que AD tiene la más baja ($M = 5.56$). En relación con las cuatro subescalas encontramos que los datos más bajos están en AD, mientras que los más altos en MI, seguido de CT y a continuación CVG.

Capítulo V. Resultados

Tabla 15.

Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la edad de los participantes.

Edad		AD	CT	MI	CVG
Sin determinar	M	4.077	7.818	8.800	4.000
	N	1	1	1	1
	DT	.	.	.	.
Menor de 30 años	M	6.188	6.995	7.762	6.706
	N	34	34	34	34
	DT	1.031	1.430	1.192	1.338
31-40 años	M	5.270	7.103	7.950	6.133
	N	90	90	90	90
	DT	1.485	1.300	.835	2.084
41-50 años	M	5.561	6.990	7.613	6.426
	N	101	101	101	101
	DT	1.586	1.397	1.004	1.910
51-60	M	5.948	7.153	7.872	6.469
	N	96	96	96	96
	DT	1.418	1.459	.845	2.152
Mayor de 61 años	M	6.241	7.708	7.991	7.435
	N	23	23	23	23
	DT	1.519	.945	.887	1.562
Total	M	5.695	7.115	7.816	6.449
	N	345	345	345	345
	DT	1.493	1.370	.938	1.976

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, respecto a la desviación típica encontramos una menor dispersión en el total de MI (DT = .94), no siendo notoria la diferencia entre hombres y mujeres, por el contrario, una mayor dispersión en la CVG con (DT = 1.98), lo que nos indica que los datos tienden a alejarse de la media en unos 2 puntos, de lo que decimos que son significativamente diferentes.

5. 2. 2. 3. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral en la que se encuentran es adecuada

En la Tabla 16 observamos que las respuestas dadas como válidas han sido 380. Encontramos que el mayor porcentaje de respuestas se halla en el personal fijo, así como

una media en los totales con índices más elevados en MI respecto a la media más baja de AD siguiendo en la línea de los resultados anteriores.

Tabla 16.

Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la situación laboral de los participantes.

¿Cuál es tu situación laboral?		AD	CT	MI	CVG
Sin determinar	M	5.195	6.235	7.338	5.539
	N	39	39	39	39
	DT	1.836	2.114	1.965	2.604
Personal interino	M	5.318	7.376	7.878	6.405
	N	74	74	74	74
	DT	1.583	1.290	.933	1.923
Personal fijo	M	5.810	7.011	7.779	6.447
	N	199	199	199	199
	DT	1.536	1.423	.929	2.098
Personal eventual	M	5.794	7.116	7.869	6.603
	N	68	68	68	68
	DT	1.207	1.298	.977	1.676
Total	M	5.648	7.022	7.769	6.374
	N	380	380	380	380
	DT	1.540	1.488	1.095	2.067

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, respecto a la desviación típica total, encontramos una menor dispersión en la MI (DT = 1.09), lo más notorio se halla en la MI respecto a las diferentes situaciones que se mantiene en dicha subescala, por el contrario, una mayor dispersión en la CVG con una (DT = 2.067), lo que nos indica que los datos tienden a alejarse de la media en unos 3 puntos, de lo que decimos que son significativamente diferentes.

5. 2. 2. 4. La valoración de la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa realizada es adecuada

Observamos en la Tabla 17, que las respuestas dadas como válidas han sido 380. Hallamos que el mayor porcentaje de respuestas se encuentra en la formación que están realizando en ese momento. Sobre el total, hallamos una media (M =7.77) en MI respecto

Capítulo V. Resultados

a la media más baja de AD con ($M = 5.65$) siguiendo en la línea de los resultados de los análisis anteriores.

Asimismo, respecto a la desviación típica total, encontramos una menor dispersión en la MI ($DT = 1.09$), y una mayor dispersión en la CVG ($DT = 2.07$), lo que nos indica que los datos tienden a alejarse de la media en unos 2 puntos, en consecuencia, no son significativamente diferentes.

Tabla 17.

Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y el tiempo transcurrido de la última formación que recibieron los participantes.

¿Tiempo transcurrido desde la última acción formativa relacionada con la profesión?		AD	CT	MI	CVG
Sin determinar	M	5.154	6.114	7.340	5.514
	N	35	35	35	35
	DT	1.913	2.182	2.065	2.716
En este momento	M	5.632	7.034	7.823	6.401
	N	242	242	242	242
	DT	1.461	1.374	.935	1.894
1-2 años	M	5.821	7.349	7.835	6.648
	N	88	88	88	88
	DT	1.543	1.356	.954	2.192
3-5 años	M	6.112	7.126	7.515	6.231
	N	13	13	13	13
	DT	1.757	1.355	.917	2.088
6 o más años	M	5.692	6.273	7.500	7.000
	N	2	2	2	2
	DT	1.197	.514	.707	.000
Total	M	5.648	7.022	7.769	6.374
	N	380	380	380	380
	DT	1.540	1.488	1.095	2.067

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 2. 2. 5. La valoración de la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional es adecuada

Observamos en la Tabla 18, que las respuestas dadas como válidas han sido también 380. Hallamos que el mayor porcentaje de respuestas se encuentra en que tienen 27 o más años

de experiencia laboral. Sobre el total, hallamos una media ($M = 7.76$) en MI respecto a la media más baja de AD con ($M = 5.65$) siguiendo en la línea de los resultados de los análisis anteriores. Respecto con la desviación típica total, encontramos una menor dispersión en la MI ($DT = 1.09$), y una mayor dispersión en la CVG con una ($DT = 2.07$), lo que nos indica que los datos tienden a alejarse de la media en unos 2 puntos.

Tabla 18.

Estadísticos descriptivos de las subescalas que componen la CVP Total y la experiencia profesional de las participantes.

¿Cuánto tiempo hace que trabajas de

enfermera/o?		AD	CT	MI	CVG
Sin determinar	M	5.130	6.184	7.339	5.472
	N	36	36	36	36
	DT	1.891	2.191	2.036	2.689
Menos de 5 años	M	6.294	6.931	7.790	7.035
	N	29	29	29	29
	DT	.903	1.433	1.162	1.052
6-12 años	M	5.455	7.435	7.958	6.127
	N	55	55	55	55
	DT	1.476	1.250	.966	1.935
13-19 años	M	5.273	6.808	7.863	6.329
	N	70	70	70	70
	DT	1.634	1.322	.917	2.263
20-26 años	M	5.720	7.100	7.658	6.392
	N	79	79	79	79
	DT	1.499	1.388	.962	1.735
27 o más años	M	5.929	7.191	7.830	6.631
	N	111	111	111	111
	DT	1.448	1.402	.8523	2.115
Total	M	5.648	7.022	7.769	6.374
	N	380	380	380	380
	DT	1.540	1.488	1.095	2.067

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 3. Análisis de correlación (OE 2)

Como es propio del análisis de correlación se ha tomado el valor del índice de correlación, que varía entre el intervalo $[-1,1]$, indicando el signo el sentido de la relación:

- Si $r = 1$, existe una correlación positiva perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables denominada relación directa: cuando una de ellas aumenta, la otra también lo hace en proporción constante.
- Si $0 < r < 1$, existe una correlación positiva.
- Si $r = 0$, no existe relación lineal. Pero esto no implica necesariamente que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.
- Si $-1 < r < 0$, existe una correlación negativa.
- Si $r = -1$, existe una correlación negativa perfecta. El índice indica una dependencia total entre las dos variables llamada relación inversa: cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

5. 3. 1. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de variables sociodemográficas

Para analizar el cumplimiento de la hipótesis (Hp 3) se ha realizado la correlación entre las puntuaciones de las preferencias de valor y la puntuación total de la CVP. De tal modo, una correlación positiva indica que una puntuación alta en cada uno de los valores se relaciona con una puntuación alta en CVP, y viceversa. Por el contrario, una correlación negativa muestra que una puntuación alta en alguna de las dos variables cruzadas se relaciona con una puntuación baja en la otra. El resultado obtenido de este cálculo se muestra en la Tabla 19.

Tabla 19.

Correlación entre CVP y dominios de valor muestra final.

	Autodirección	Benevolencia	Conformidad	Estimulación	Hedonismo	Logro	Poder	Seguridad	Tradicón	Universalismo
r de Pearson	.238**	.234**	.199**	.256**	.221**	.268**	.366**	.260**	.285**	.224**
Sig. (2 colas)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	380	380	380	380	380	380	380	380	380	380

** $p < .05$.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Se puede observar que los diez valores del modelo de Schwartz correlacionan alto y positivo con una alta CVP de las enfermeras. Además, los diez valores tienen una correlación con una probabilidad menor a .01; estos son *Universalismo* ($r = .224$, $p = .000$), *Benevolencia* ($r = .234$, $p = .000$), *Conformidad* ($r = .199$, $p = .000$), *Estimulación* ($r = .256$, $p = .000$), *Hedonismo* ($r = .221$, $p = .000$), *Logro* ($r = .268$, $p = .000$), *Poder* ($r = .366$, $p = .000$) y *Tradicón* ($r = .285$, $p = .000$), *Seguridad* ($r = .260$, $p = .000$) y *Autodirección* ($r = .238$, $p = .000$).

Por otro lado, si se estudia la relación de las variables *Valores* y *Calidad de Vida Profesional* clasificando la muestra en grupos según las variables sociodemográficas *sexo*, *edad*, *situación laboral*, *última formación realizada* y *años de experiencia profesional*, se observan los diferentes resultados que se presentan en los siguientes apartados.

5. 3. 1. 1. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del sexo

En las relaciones entre las variables *valores* y *CVP* en función del sexo, se puede ver que gran parte de las correlaciones significativas encontradas en la muestra final se repiten en el grupo de mujeres, pero no en el de varones, como se observa en la Tabla 20.

Capítulo V. Resultados

En el grupo de mujeres, cuatro valores alcanzan una correlación positiva y significativa con la variable *calidad de vida profesional*. Así, los valores *Tradicición* ($r = .148, p = .013$), *Logro* ($r = .236, p = .000$), *Poder* ($r = .317, p = .000$) y *Estimulación* ($r = .132, p = .027$), tienen una correlación con una probabilidad menor a .05.

Las correlaciones significativas de este grupo son coincidentes con las encontradas en el grupo final.

Por otro lado, en el grupo de varones no se encuentran correlaciones significativas de la CVP con ninguno de los diez valores del modelo de Schwartz.

Tabla 20.
Correlación entre CVP y dominios de valor en función del sexo.

Calidad de vida profesional	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicición	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
r de Pearson	-.221	-.183	-.156	-.188	-.034	.050	.080	-.096	-.158	-.189
Hombre Sig. (2 colas)	.079	.147	.218	.137	.790	.692	.528	.449	.214	.135
N	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
r de Pearson	-.005	-.033	.044	-.031	.148*	.236**	.317**	.048	.132*	.018
Mujer Sig. (2 colas)	.929	.580	.459	.607	.013	.000	.000	.426	.027	.760
N	280	280	280	280	280	280	280	280	280	280

* $p < .01$. ** $p < .05$.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 3. 1. 2. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de su edad

El cálculo de las correlaciones de las variables de esta subhipotesis (Shp 3.2) clasificadas según la edad de los sujetos muestra diferencias de significatividad en función de los grupos. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 21, y tal como se aprecia, el grupo de menores de 30 años no tiene ninguna correlación estadísticamente significativa entre la variable CVP y los diez valores del modelo de Schwartz (1992).

El grupo de 31 a 40 años muestran cuatro correlaciones significativas, todas ellas con una probabilidad menor a .05. Estos valores son *Universalismo* ($r = -.269, p = .010$), *Benevolencia* ($r = -.253, p = .016$), *Tradición* ($r = .251, p = .017$) y *Poder* ($r = .337, p = .001$). De estas cuatro correlaciones significativas, dos de ellas – *Universalismo* y *Benevolencia*- son negativas, es decir, a altas puntuaciones de CVP le corresponden bajas puntuaciones de identificación y preferencia con estos *valores* y viceversa. Son las únicas correlaciones negativas que se encuentran en el cuadro comparativo por grupos de edad.

No obstante, es destacable que tres de estas correlaciones –*Universalismo*, *Benevolencia* y *Tradición*- solo son estadísticamente significativas en este grupo y no son, además, significativas en el análisis global de la variable CVP.

El grupo cuyas participantes tienen entre 41 y 50 años obtienen sólo una correlación significativa y positiva entre los valores y la CVP, con una probabilidad asociada menor a .05 –*Logro* ($r = .217, p = .029$)–.

Por otro lado, el grupo de participantes que tienen entre 51 y 60 años obtiene tres correlaciones estadísticamente significativas. Son en los valores *Logro* ($r = .220, p = .011$), *Poder* ($r = .215, p = .036$) ambos pertenecientes al valor de orden superior *Autopromoción*, y *Estimulación* ($r = .235, p = .021$), con una probabilidad asociada menor a .05.

Por último, el grupo de participantes mayores de 61 años obtiene ocho correlaciones estadísticamente significativas, siendo estas analizadas por el estadístico Rho de Spearman al ser menos de 30 sujetos y no cumplir las condiciones para análisis paramétricos. Estos valores son *Universalismo* ($r = .481, p = .020$), *Benevolencia* ($r = .497, p = .016$), *Seguridad* ($r = .541, p = .008$), *Conformidad* ($r = .508, p = .013$), *Tradición* ($r = .435, p = .038$), *Logro* ($r = .453, p = .030$), *Poder* ($r = .701, p = .000$) y *Hedonismo* ($r = .419, p = .049$).

Capítulo V. Resultados

Tabla 21

Correlación entre CVP y dominios de valor en función de la edad.

Calidad de vida profesional	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradicón	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
r de Pearson	.137	.243	.132	.094	.270	.137	.102	.073	.077	.227
<30 ã										
Sig. (2 colas)	.440	.166	.457	.598	.122	.440	.567	.683	.666	.196
N	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
r de Pearson	-.269**	-.253*	-.024	-.205	.251*	.073	.337**	-.163	-.079	-.136
31-40 ã										
Sig. (2 colas)	.010	.016	.819	.053	.017	.494	.001	.126	.457	.200
N	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
r de Pearson	-.064	-.045	-.053	-.063	.067	.217*	.173	-.015	.038	-.037
41-50 ã										
Sig. (2 colas)	.523	.657	.602	.533	.509	.029	.084	.884	.703	.712
N	101	101	101	101	101	101	101	101	101	101
r de Pearson	.019	-.044	-.046	-.050	-.111	.220*	.215*	.126	.235*	-.034
51-60 ã										
Sig. (2 colas)	.854	.673	.659	.627	.281	.031	.036	.223	.021	.745
N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
Rho Spearman	.481*	.497*	.541**	.508*	.435*	.453*	.701**	.419*	.238	.77
>61 ã										
Sig. (2 colas)	.020	.016	.008	.013	.038	.030	.000	.046	.091	.077
N	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23

* $p < .01$. ** $p < .05$.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 3. 1. 3. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de su situación laboral

Analizando la relación entre las variables CVP y dominios de valor en función de la situación laboral de las participantes, se pueden observar los siguientes resultados (véase Tabla 22).

El grupo de trabajadores eventuales obtiene tres correlaciones significativas de la variable calidad de vida profesional *Tradición* ($r = .250$, $p = .040$), *Logro* ($r = .257$, $p = .034$) y *Poder* ($r = .396$, $p = .001$). Estos dos últimos valores identifican un perfil axiológico bien definido denominado por el valor de orden superior *Autopromoción*.

Por otro lado, el grupo de enfermeras en situación laboral interina obtienen dos correlaciones significativas pero negativa de las variables manejadas en los valores *Universalismo* ($r = -.281$, $p = .015$), *Benevolencia* ($r = -.357$, $p = .002$), lo cual indica que niveles altos en estos valores se relacionan con valores significativamente bajos en la calidad de vida profesional y viceversa y una correlación significativa positiva del valor *Poder* ($r = .419$, $p = .000$).

En último lugar, el grupo de enfermeras con plaza fija, obtienen dos correlaciones significativas positivas en los valores *Logro* ($r = .150$, $p = .035$) y *Poder* ($r = .173$, $p = .015$), estando bien definido el perfil axiológico denominado *Autopromoción*.

Los tres grupos comparten la significatividad de la relación del valor *Poder*, con una correlación alta y probabilidad menor a .01 en todos los casos.

Tabla 22.

Correlación entre CVP y dominios de valor en función de la situación laboral de las enfermeras.

	Calidad de vida profesional	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradición	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
Eventual.	r de Pearson	-.032	.067	.162	-.068	.250*	.257*	.396**	.145	.117	.226
	Sig. (2 colas)	.796	.587	.187	.583	.040	.034	.001	.238	.343	.064
	N	68	68	68	68	68	68	68	68	68	68
Interino.	r de Pearson	-.281*	-.357**	-.071	-.219	.176	.182	.419**	-.098	-.040	-.226
	Sig. (2 colas)	.015	.002	.546	.061	.133	.122	.000	.405	.732	.052
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74	74
Fijo	r de Pearson	.002	-.022	-.040	-.039	.045	.150*	.173*	.008	.079	-.037
	Sig. (2 colas)	.981	.758	.576	.585	.523	.035	.015	.907	.269	.603
	N	199	199	199	199	199	199	199	199	199	199

* $p < .01$. ** $p < .05$.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 3. 1. 4. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación continua realizada

Se realizó el análisis de la relación entre las variables CVP y los dominios de valor en función del tiempo transcurrido de la última acción formativa realizada de los sujetos de la muestra para comprobar el cumplimiento del enunciado de la tesis dependiendo de esta clasificación. Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 23.

Las profesionales de la enfermería que realizaban una acción formativa en el momento de la obtención de los datos tienen cuatro valores con una correlación significativa, dos de ellos *-Universalismo* ($r = -.136$, $p = .034$) y *Benevolencia* ($r = -.146$, $p = .023$)- con un valor negativo y dos con un valor positivo *-Logro* ($r = .132$, $p = .041$) y *Poder* ($r = .214$, $p = .001$)-. Este es el grupo que obtiene un mayor número de relaciones significativas con una amplia diferencia respecto a los otros dos grupos, que obtienen dos correlaciones significativas o ninguna.

Por otro lado, el grupo formado por las enfermeras que realizaron su última acción formativa hace 1 o 2 años, tienen dos correlaciones significativas en los valores *Logro* ($r = .215$, $p = .019$) y *Poder* ($r = .405$, $p = .000$), ambos pertenecientes al valor de orden superior *Autopromoción*.

Ambos grupos comparten la significatividad de la relación de los valores *Logro* y *Poder*, con una correlación alta y probabilidad menor a .05 en ambos casos.

El grupo de profesionales que realizaron su última acción formativa en un periodo previo de entre 3 y 5 años sólo obtiene una correlación significativa con el valor *Hedonismo* ($r = .640$, $p = .018$). Dicha relación se analiza con el estadístico no paramétrico *Rho de Spearman* al ser este grupo inferior a 30 sujetos ($N = 13$)

De igual modo, aquellas enfermeras que realizaron su última acción formativa hace más de 6 años, no muestran correlaciones significativas al ser dos sujetos y tener una de sus variables constantes.

Tabla 23.

Correlación entre CVP y dominios de valor en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa.

Calidad de vida profesional	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradición	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección	
Actual.	r de Pearson	-.136*	-.146*	-.082	-.124	.077	.132*	.214**	-.050	.067	-.060
	Sig. (2 colas)	.034	.023	.206	.054	.235	.041	.001	.440	.297	.357
	N	242	242	242	242	242	242	242	242	242	242
1-2 años	r de Pearson	.094	.081	.163	.034	.144	.250*	.405**	.127	.051	-.001
	Sig. (2 colas)	.382	.452	.129	.752	.180	.019	.000	.238	.635	.990
	N	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88
3-5 años	Rho Spearman	.326	.104	.341	.124	.469	.256	.400	.640*	.356	.301
	Sig. (2 colas)	.277	.736	.254	.687	.106	.399	.176	.018	.233	.317
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
6 o + años	r de Pearson	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a	. ^a
	Sig. (2 colas)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

* $p < .01$. ** $p < .05$.

Nota. ^a. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 3. 1. 5. Existe relación entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras en función de sus años de experiencia profesional

Por último, se cruzaron las variables CVP y los dominios de valor en función de los años de experiencia profesional de las enfermeras para comprobar la relación entre los grupos formados por esta variable demográfica (véase Tabla 24).

Las enfermeras con una experiencia menor a cinco años obtuvieron dos correlaciones significativas -*Seguridad* ($r = .381$, $p = .042$) y *Autodirección* ($r = .422$, $p = .023$)- ambas con un valor positivo. Ambos valores se encuentran distantes en el modelo

Capítulo V. Resultados

de Schwartz y no representan ningún perfil axiológico concreto. Este es el grupo que obtiene un menor número de relaciones significativas junto con el grupo de 20-26 años, que obtienen dos correlaciones significativas mientras que tienen diferencia respecto a los otros grupos.

Por otro lado, el grupo de enfermeras que tienen entre 6 y 12 años de experiencia profesional, tienen tres correlaciones significativas en los valores *Tradición* ($r = .371$, $p = .005$), *Poder* ($r = .417$, $p = .002$) y *Hedonismo* ($r = .281$, $p = .038$). Al igual que en el caso anterior, estos valores tampoco se agrupan formando perfiles axiológicos reconocibles.

Las enfermeras con una experiencia entre 13 y 19 años forman el grupo con un mayor número de relaciones significativas, con una amplia diferencia respecto a los otros cuatro. Así, son significativas las correlaciones con los valores *Universalismo* ($r = -.272$, $p = .023$), *Benevolencia* ($r = -.335$, $p = .005$), *Conformidad* ($r = -.381$, $p = .001$), *Hedonismo* ($r = -.367$, $p = .002$), *Estimulación* ($r = -.331$, $p = .005$) y *Autodirección* ($r = .338$, $p = .004$). Es importante destacar que todas estas correlaciones son negativas, lo que indica que una alta puntuación en CVP supone una baja identificación con estos axiomas y viceversa.

Estos seis axiomas sí se agrupan en los valores de orden superior *Autotranscendencia* y *Apertura al cambio*, definiéndose así dos perfiles axiológicos concretos que explican las diferencias en la CVP percibida.

De igual modo, el grupo de enfermeras que tienen entre 20 y 26 años de experiencia profesional, tienen dos correlaciones significativas en los valores *Logro* ($r = .337$, $p = .002$) y *Poder* ($r = .284$, $p = .011$). Estos valores se agrupan formando perfil axiológico reconocible en el valor de orden superior *Autopromoción*.

Por último, el grupo de enfermeras con una experiencia igual o superior a 27 años tienen tres correlaciones estadísticamente significativas entre la variable CVP y los axiomas *Logro* ($r = .263$, $p = .005$), *Poder* ($r = .279$, $p = .003$) y *Estimulación* ($r = .239$, $p = .011$). Los dos primeros valores se agrupan formando perfiles axiológicos reconocibles, al igual que en el grupo de 20 a 26 años de experiencia, en el valor de orden superior *Autopromoción*.

Tabla 24.

Correlación entre CVP y dominios de valor en función del tiempo de experiencia profesional.

Calidad de vida profesional	Universalismo	Benevolencia	Seguridad	Conformidad	Tradición	Logro	Poder	Hedonismo	Estimulación	Autodirección
r de Pearson	.213	.267	.381*	.149	.141	.274	.113	.117	.312	.422*
< 5 años										
Sig. (2 colas)	.268	.161	.042	.441	.466	.150	.561	.547	.099	.023
N	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
r de Pearson	-.135	-.044	.180	.033	.371**	.200	.417**	.281*	.100	.164
6-12 años										
Sig. (2 colas)	.327	.751	.188	.813	.005	.143	.002	.038	.467	.233
N	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
r de Pearson	-.272*	-.335**	-.227	-.381**	.081	-.100	.117	-.367**	-.331**	-.338**
13-19 años										
Sig. (2 colas)	.023	.005	.059	.001	.505	.412	.335	.002	.005	.004
N	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70
r de Pearson	.038	.077	.064	.098	.104	.337**	.284*	.021	.202	.042
20-26 años										
Sig. (2 colas)	.739	.498	.573	.389	.362	.002	.011	.853	.075	.715
N	79	79	79	79	79	79	79	79	79	79
r de Pearson	-.002	-.058	-.023	-.035	-.044	.263**	.279**	.156	.239*	-.009
> 27 años										
Sig. (2 colas)	.983	.544	.810	.717	.644	.005	.003	.103	.011	.923
N	111	111	111	111	111	111	111	111	111	111

* $p < .01$. ** $p < .05$.

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, en el Cuadro 10, se resumen las correlaciones estadísticamente significativas del grupo completo de la muestra y de los grupos formados por la clasificación con los criterios de las variables sociodemográficas. Se puede observar que la mayoría de los datos significativos se dan con aquellos valores que pertenecen a los valores de orden superior *Autotrascendencia* y *Autopromoción* y los valores anexos. Por

Capítulo V. Resultados

lo tanto, son coherentes con ellos, teniendo muy pocas correlaciones significativas en muchos de los dominios pertenecientes a los valores de orden superior *Conservadurismo* y *Apertura al cambio*.

Cuadro 10.

Resumen de correlaciones significativas de los valores en función de las variables sociodemográficas.

	Sexo		Edad				Sit. laboral			Formación			Experiencia							
	Global	Masculino	Femenino	< 30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	> 61 años	Eventual	Interino	Fijo	Actualmente	1-2 años	3-5 años	> 6 años	< 5 años	6-12 años	13-19 años	20-26 años	> 27 años
Hedonismo	■							■					■				■	■		
Estimulación	■		■				■	■					■							■
Autodirección			■												■					■
Universalismo					■			■	■		■							■		
Benevolencia					■				■		■							■		
Conformidad					■						■							■		
Tradición	■		■		■			■	■											
Seguridad	■		■		■			■							■					
Poder	■		■		■		■	■	■	■	■	■	■	■				■	■	■
Logro	■		■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				■	■	■
Nº coincidencias	2	0	4	0	2	1	3	0	3	1	2	2	2	0	0	1	3	2	2	3
	■		* $p < .01$.		■		** $p < .05$													

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. Análisis inferencial (OE 3, OE 4, OE 5)

Dentro del OE 3 se analizaron las diferencias que pueden darse entre la escala de valores y variables sociodemográficas de las enfermeras. Para continuar con el OE 4 en el cual se analizarán las diferencias que pueden ocurrir entre la CVP percibida y variables sociodemográficas de las enfermeras. Para acabar con el OE 5 se analizan las diferencias que se dan entre los valores sociales y la CVP percibida de las profesionales de enfermería, habiendo realizado en nuestro estudio el análisis de regresión lineal.

5. 4. 1. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de variables sociodemográficas (HP 4)

5. 4. 1. 1. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del sexo (Shp 4.1)

A continuación, se presentan los resultados del análisis realizado en dos tablas distintas (Tabla 25 y 26). La primera muestra los resultados descriptivos para los dos grupos analizados. Es posible identificar el rango promedio en la variable sistema de valores total en ambos grupos. En este caso, las mujeres obtienen un mayor rango respecto a sistema de valores (173.03), frente al 170.18 obtenido por los hombres. Por lo que el mayor rango equivale a una mayor puntuación en dicha variable, o lo que es lo mismo el grupo de mujeres ha obtenido mayores puntuaciones en la variable dependiente sistema de valores.

Tabla 25.

Rangos promedio. Prueba U del sistema de valores en función del sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
Sistema de Valores	Hombre	64	170.18	10891.50
	Mujer	280	173.03	48448.50
	Total	344		

Nota. Fuente: Elaboración propia.

El rechazo o aceptación de la hipótesis depende del valor del estadístico calculado, en este caso se realizó la prueba U de Mann-Whitney, y su probabilidad asociada ($p < .5$) (véase, Tabla 26). De la misma forma que el resto de las pruebas estadísticas, para que los resultados sean significativos, es decir, rechazar la hipótesis o aceptarla, se debe de afirmar la diferencia entre las puntuaciones de la variable dependiente.

Tabla 26.

Prueba U de Mann-Whitney del sistema de valores en función del sexo.

	Sistema de valores
U de Mann-Whitney	8811.500
W de Wilcoxon	10891.500
Z	-.207
Sig. asintótica (bilateral)	.836

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En este caso, se puede afirmar que no hay diferencias significativas en la variable dependiente escala de valores, entre el sexo de las participantes. El valor de confianza que suele emplearse para $Z=1.96$. Al haber obtenido $-.207$ este es menor que 1.96 que es el punto crítico para una confianza de $p = .05$, como es más pequeño lleva a no aceptar el supuesto teórico de la subhipótesis. Otro de los estadísticos es el valor de la probabilidad asociada que es igual a $.836$, superior al $.05$ que se utiliza como margen de error.

En conclusión, los resultados no son significativos, por tanto, a partir de estos datos, no podemos afirmar que exista diferencia mediana entre el sistema de valores por ser hombre o mujer. En definitiva, no se detecta asociación entre el sistema de valores y el ser hombre o mujer, por lo que no se cumple la subhipótesis planteada, dado que tal como hemos referido el valor de esa probabilidad debe ser inferior a $.05$. Esto indica que la hipótesis planteada tiene pocas probabilidades de ocurrencia y, por tanto, se rechaza.

5. 4. 1. 2. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la edad (Shp 4.2)

A continuación, se exponen las diferencias de las puntuaciones entre los grupos independientes que tiene la variable edad. En la Tabla 27, se pueden ver los resultados del análisis realizado. Destaca que las profesionales de 51 a 60 con un rango de (R=193.38) y mayores de 61 años (R=187.26) presentan puntuaciones diferentes en su sistema de valores respecto al resto de profesionales.

Tabla 27.

Rangos promedio. Prueba H del sistema de valores en función de la edad.

	Edad	N	Rango promedio
Sistema de valores	Menor de 30 años	34	185.65
	31-40 años	90	166.09
	41-50 años	101	150.57
	51-60	96	193.38
	Mayor de 61 años	23	187.26
	Total	344	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Continuando con el análisis, se realizó la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis (KW) al no ser el grupo de mayores de 61 años superior a 30 sujetos, midiendo de esta forma los rangos de los grupos. Si observamos la Tabla 28, encontramos que $X^2 = 10.620$, sus grados de libertad son 4, y su significación estadística es $p = .031$. Con una probabilidad de ($p < .05$), y los resultados obtenido del análisis, se concluye que el sistema de valores de las profesionales de enfermería difiere en función de la edad ($\text{sig. } .031 < .05$), encontrando los argumentos que relacionan el sistema de valores con los cinco rangos de edad analizados. Por consiguiente, las diferencias significativas respecto a la edad y el sistema de valores nos llevan a aceptar la subhipotesis.

Tabla 28.
Resultados del análisis de diferencias de rango promedio en el sistema de valores en función de la edad.

Sistema de valores	
KW	10.620
gl	4
Sig. asintótica	.031

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 1. 3. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la situación laboral (Shp 4.3)

En la Tabla 10, se han observado los resultados de las puntuaciones otorgadas por las participantes en el sistema de valores en función de su situación laboral, siendo *Universalismo, Benevolencia, Seguridad, Tradición, Poder, Hedonismo y Estimulación* las que mayor preferencia tenían para las profesionales. No así para tener significancia de las diferencias entre todos los grupos, se realiza el análisis descriptivo del sistema de valores en función de situación laboral (véase Tabla 29). Los datos arrojan una media mayor en el personal eventual, con poca diferencia con los datos recogidos en personal fijo e interino. Respecto a la dispersión de los datos encontramos que están igualmente más centralizados en el personal eventual.

Tabla 29.
Resultados del análisis descriptivo del sistema de valores en función situación laboral.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mínim o	Máxim o
					Límite inferior	Límite superior		
0	39	80.667	55.432	8.876	62.698	98.636	52.00	210.00
Personal interino	74	183.108	20.476	2.380	178.364	187.852	120.00	234.00
Personal fijo	199	183.307	23.727	1.682	179.990	186.623	52.00	234.00
Personal eventual	68	185.559	18.340	2.224	181.120	189.998	140.00	234.00
Total	380	173.137	41.517	2.130	168.949	177.325	52.00	234.00

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Para continuar con los análisis de datos, en la Tabla 30, se despliegan los resultados del análisis de varianza, siendo el índice $F=165.66$ tiene un valor $p=.000$ que es menor que $p < .05$. Por lo tanto, es significativo. De donde deducimos que las diferencias del sistema de valores tienen un efecto significativo respecto a la situación laboral de la muestra de participantes, y aceptamos la subhipotesis.

Tabla 30.

Análisis de varianza del sistema de valores en función de la situación laboral.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	371910.02	3	123970.005	165.66	.000
Intra-grupos	281372.87	376	748.332		
Total	653282.88	379			

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 1. 4. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada (Shp 4.4)

En la Tabla 31, encontramos que las profesionales que realizaron la formación hace 6 o más años ($R = 206.25$) y las que la realizaron hace 1 o 2 años ($R = 181.28$) consideraron que no son útiles y no influye en su sistema de valores respecto al resto de profesionales. No así las profesionales que la están realizando actualmente y que son la mayoría (242 participantes) la consideran como útil.

Capítulo V. Resultados

Tabla 31.

Rangos promedio. Prueba H del sistema de valores en función de última formación realizada.

	¿Cuánto tiempo hace que realizaste una acción formativa relacionada con tu profesión de enfermera/o?	N	Rango promedio
Sistema de valores	En este momento	242	169.86
	1-2 años	88	181.28
	3-5 años	13	170.23
	6 o más años	2	206.25
	Total	345	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo con el análisis, al igual que con la variable de agrupación edad, se realiza mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (KW) al ser el grupo de 3-5 años desde la última acción formativa realizada menor a 30 sujetos, así como los que la realizaron hace 6 o más años. En la Tabla 32, se observan los resultados del análisis de diferencias de rango promedio del sistema de valores en función de la acción formativa realizada en los últimos años se observa el valor del estadístico H, que para 3 grados de libertad fue de 1.079. Se observa en la fila Sig. asintótica y su valor de $p = 0.782$, este valor $p > 0.05$, en relación con estos datos, se concluye que la acción formativa no influye en el sistema de valores de las profesionales de enfermería, no siendo aceptada la subhipotesis.

Tabla 32.

Contraste de rangos del sistema de valores en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa.

	CVP Total
KW	1.079
Gl	3
Sig. asintótica	.782

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 1. 5. Existen diferencias en el sistema de valores de las enfermeras en función de la experiencia profesional (Shp 4.5)

Fijando nuestra atención en la Tabla 11, observamos que la clasificación del sistema de valores en función de los años de experiencia por parte de las enfermeras ha estado en los valores *Universalismo, Benevolencia, Seguridad, Conformidad, Tradición, Poder, Hedonismo* y *Estimulación*. Destacando el valor *Benevolencia* que ha ocupado el primer puesto y en los últimos *Tradición* y *Poder*. Para tener significancia de las diferencias entre todos los grupos, se realizó el análisis descriptivo del sistema de valores en función de los años de experiencia profesional (véase Tabla 33). Los datos arrojan una media mayor en el personal eventual, con poca diferencia con los datos recogidos en personal fijo e interino. Respecto a la dispersión de los datos encontramos que están igualmente más centralizados en el personal eventual.

Tabla 33.

Resultados del análisis descriptivo del sistema de valores en función de la experiencia profesional.

	N	M	DT	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mín.	Máx.
					Límite inferior	Límite superior		
0	36	72.333	48.541	8.090	55.909	88.757	52.00	199.00
Menos de 5 años	29	189.172	18.815	3.494	182.016	196.329	160.00	234.00
6-12 años	55	185.673	17.677	2.384	180.894	190.452	140.00	224.00
13-19 años	70	182.086	21.525	2.573	176.953	187.218	116.00	234.00
20-26 años	79	178.835	24.955	2.808	173.246	184.425	52.00	234.00
27 o más años	111	185.730	22.523	2.138	181.493	189.966	52.00	234.00
Total	380	173.137	41,517	2.130	168.949	177.325	52.00	234.00

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Continuado con los resultados del análisis realizado, en la Tabla 34 se despliegan los resultados de análisis de varianza, siendo el índice $F=124.16$ tiene un valor $p = .000$ que es menor que $p < .05$. Por lo tanto, es significativo. De donde, deducimos que las diferencias del sistema de valores tienen un efecto significativo respecto a la experiencia profesional de la muestra de participantes, por consiguiente, aceptamos la subhipotesis.

Capítulo V. Resultados

Tabla 34.

Contraste de medias del sistema de valores en función del tiempo de experiencia profesional.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	407682.399	5	81536.480	124.164	.000
Intra-grupos	245600.485	374	656.686		
Total	653282.884	379			

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 2. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de variables sociodemográficas (Hp 5)

El objetivo de este análisis es comprobar si existen diferencias en la CVP manifestada por las profesionales enfermeras. Para ello, se han estudiado las respuestas de las participantes, clasificando la muestra en los grupos que determinan las variables sociodemográficas manejadas en la investigación –*sexo, edad, experiencia profesional, situación laboral y tiempo desde la última formación recibida*–.

5. 4.2. 1. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del sexo (Shp 5.1)

A continuación, se presentan los resultados del análisis realizado de los rangos promedio de las dos variables relacionadas, la CVP total en función del sexo. En la Tabla 35 aparecen los resultados descriptivos para los dos grupos analizados. En este caso, las mujeres obtienen un mayor rango respecto a la CVP (174.09), frente al 165.56 obtenido por los hombres, donde un mayor rango indica que ese grupo obtiene mayores puntuaciones en la variable dependiente. Por lo que el mayor rango equivale a una mayor puntuación en dicha variable.

Tabla 35.

Rangos promedio. Prueba U de CVP Total en función del sexo.

	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos
CVP Total	Hombre	64	165,56	10596,00
	Mujer	280	174,09	48744,00
	Total	344		

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En otro orden, para conocer si esas diferencias iniciales son significativas debe observarse la Tabla 36. En este caso se puede inferir que no hay diferencias significativas en la variable dependiente *CVP total* entre el sexo de las participantes. El valor de confianza *Z* que mide la diferencia entre el estadístico observado y su parámetro hipotético de población viene marcado por el valor $Z = 1.96$, al haber obtenido -0.619 dicho dato es menor que el punto crítico para una confianza de $p = .05$. Otro dato estadístico es el valor de la probabilidad de significancia asociada que es igual a $p = .536$, siendo superior al $.05$ que se utiliza como margen de error.

En definitiva, a partir de estos datos, los resultados son no significativos, por tanto, no podemos afirmar que exista diferencia mediana entre CVP Total por ser hombre o mujer. En definitiva, no se detecta asociación entre el sistema de valores y el ser hombre o mujer, por lo que no se cumple la subhipotesis planteada. La ordenación y el análisis de los datos en función del sexo no muestran una diferencia estadísticamente significativa en la CVP entre hombres y mujeres, y la subhipotesis es rechazada.

Tabla 36.

Prueba U de Mann-Whitney del sistema de valores en función del sexo.

	CVP Total
U de Mann-Whitney	8516.000
W de Wilcoxon	10596.000
Z	-.619
Sig. asintótica (bilateral)	.536

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Capítulo V. Resultados

5. 4. 2. 2. *Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la edad (Shp 5.2)*

A continuación, en la Tabla 37 se exponen los resultados de los análisis realizados, siendo las diferencias de las puntuaciones entre los 5 grupos independientes que tiene la variable edad. Destaca que las profesionales de 51 a 60 con un rango de (R = 187.49), los mayores de 61 años (R = 220.52) y las que tienen menos de 30 años (R = 186. 07), presentan puntuaciones diferentes en su sistema de valores respecto al resto de profesionales.

Tabla 37.

Rangos promedio. Prueba H de CVP Total en función de la edad.

	Edad	N	Rango promedio
CVP Total	Menor de 30 años	34	186.07
	31-40 años	90	156.56
	41-50 años	101	156.95
	51-60	96	187.49
	Mayor de 61 años	23	220.52
	Total	344	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

De igual manera, en la Tabla 38, la comparación de las puntuaciones de calidad de vida profesional de los grupos formados por el criterio “edad” muestra diferencias estadísticamente significativas (KW = 12.964, p = .011). Dicho análisis se realiza mediante el análisis no paramétrico de Kruskal-Wallis al no ser el grupo de mayores de 61 años superior a 30 sujetos. Ante los datos expuestos podemos deducir que las enfermeras difieren en la valoración de su CVP en función de su edad, por consiguiente, es aceptada la subhipotesis.

Tabla 38.

Resultado del análisis de diferencias en el rango promedio de la calidad de vida profesional en función de la edad.

CVP Total	
KW	12.964
gl	4
Sig. asintótica	.011

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 2. 3. *Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de la situación laboral (Shp 5.3)*

En el análisis descriptivo realizado respecto a la situación laboral de las participantes, observamos que la media del total más elevada estaba en MI seguida de CT, CVG y en último orden AD. Respecto al AD encontramos que el personal fijo tiene mayor preferencia, con relación a CT encontramos que es el personal interino, y el personal eventual da una mayor preferencia a MI y CVG. Para tener significancia de las diferencias entre los grupos se ha continuado con el análisis y en la Tabla 39 encontramos los datos descriptivos de la CVP total en función de la situación laboral de las participantes. Los datos arrojan una media mayor en el personal eventual, con poca diferencia con los datos recogidos en personal fijo e interino. Respecto a la dispersión de los datos encontramos que están igualmente más centralizados en el personal eventual.

Tabla 39.

Resultados del análisis descriptivo de la calidad de vida profesional en función de situación laboral.

	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mín.	Máx.
					Límite inferior	Límite superior		
0	39	215.051	59.183	9.477	195.866	234.236	.00	298.00
Personal interino	74	235.460	33.065	3.844	227.799	243.120	136.00	306.00
Personal fijo	199	236.889	32.313	2.291	232.372	241.406	130.00	302.00
Personal eventual	68	238.897	28.420	3.446	232.018	245.776	171.00	303.00
Total	380	234.729	35.993	1.846	231.098	238.359	.00	306.00

Nota: Fuente: Elaboración propia.

Capítulo V. Resultados

En otro orden, en la Tabla 40, observamos el análisis de varianza y el análisis de las diferencias realizado para las respuestas de calidad de vida profesional en función de la situación laboral. Los datos arrojan resultados de significatividad estadística, ya que la probabilidad asociada al valor de F es inferior a .05 ($F_{3,376} = 4.564$; $p = .004$), en consecuencia, se acepta la subhipótesis, aseverando que las participantes dependiendo de su situación laboral tendrán una percepción diferente respecto a su CVP.

Tabla 40.

Análisis de varianza de la calidad de vida profesional en función de la situación laboral.

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	17250.959	3	5750.320	4.564	,004
Intra-grupos	473752.123	376	1259.979		
Total	491003.082	379			

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 2. 4. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función del tiempo transcurrido desde la última formación realizada (Shp 5.4)

En la Tabla 41, observamos que las profesionales que realizaron la formación entre 1-2 años ($R = 189.41$) y las que la realizaron entre 3-5 años ($R = 180.73$) consideran que no son útiles y no influye en su CVP respecto al resto de profesionales. No así las profesionales que la están realizando actualmente y que son la mayoría (242 participantes) la consideran como útil con un $R = 167$ y, también, es considerada como útil para las participantes que la realizaron entre 6 o más años ($R = 126.75$).

Tabla 41.

Rangos promedio. Prueba H de CVP Total en función de la última formación realizada.

	¿Cuánto tiempo hace que realizaste una acción formativa relacionada con tu profesión de enfermera/o?	N	Rango
			Promedio
CVP Total	En este momento	242	167.00
	1-2 años	88	189.41
	3-5 años	13	180.73
	6 o más años	2	126.75
	Total	345	

Nota. Fuente: Elaboración propia.

En otro orden, y siguiendo con el análisis al igual que con la variable de agrupación edad, se realiza la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis (KW) al ser el grupo de 3-5 años y el grupo de 6 o más años, menor de 30 sujetos. En la Tabla 42, se observan los resultados del análisis de diferencias de rango promedio de la calidad de vida profesional en función de la acción formativa realizada en los últimos años. Se observa el valor del estadístico H, que para 3 grados de libertad fue de 3.769, asimismo en la fila Sig. asintótica su valor de $p = .288$ siendo mayor para $p > .05$, por consiguiente, es significativo y se concluye que la acción formativa no influye en la CVP de las participantes de enfermería, no siendo aceptada la subhipotesis.

Tabla 42.

Contraste de medias de la calidad de vida profesional en función del tiempo transcurrido desde la última acción formativa.

	CVP Total
KW	3.769
Gl	3
Sig. asintótica	.288

Nota. Fuente: Elaboración propia.

5. 4. 2. 5. Existen diferencias en la CVP de las enfermeras en función de los años de experiencia profesional (Shp 5.5)

Los datos de los análisis descriptivos realizados arrojan resultados de las respuestas de las participantes, encontrando que la mayoría de las participantes tenía 27 o más años de experiencia laboral, seguida de las que tenían entre 20 y 26 años de experiencia. Encontramos menor participación en las que tenían menos de 5 años; asimismo éstas le dan mayor valor AD respecto al resto, siendo las que llevan entre 13 y 19 años las que menos apoyadas se sienten y más repercusión tiene en su CVP. Con relación a CT son los sujetos que tienen de experiencia laboral entre 12 y 19 años los que más valor le dan, seguido por las que tienen más de 27 años y de las de 20 a 26 años. Respecto a la MI, los datos son bastante parecidos en los cuatro grupos, superior a 7 puntos respecto a 10 puntos. Para finalizar con la CVG que es percibida por los sujetos que tienen menos de 5 años como aceptable, en el resto de los grupos son datos muy parecidos. Con relación a los datos descriptivos de la CVP total con relación a los años de experiencia profesional, si observamos la Tabla 43, podemos observar que la media más elevada está en los sujetos que tienen menos de 5 años, seguida de cerca por los sujetos que tienen 27 o más años. El grupo que tiene entre 13-19 años es la que tiene la menor media respecto al resto de participantes.

Tabla 43.
Resultados del análisis descriptivo de la calidad de vida profesional en función de años de experiencia profesional.

	N	M	DT	Error estándar	95% del intervalo de confianza para la media		Mín.	Máx.
					Límite inferior	Límite superior		
0	36	213.583	61.189	10.198	192.880	234.287	.00	298.00
Menos de 5 años	29	243.000	28.862	5.359	232.022	253.978	193.00	303.00
6-12 años	55	238.400	32.344	4.361	229.656	247.144	136.00	306.00
13-19 años	70	228.386	31.910	3.814	220.777	235.994	135.00	295.00
20-26 años	79	235.430	31.138	3.503	228.456	242.405	162.00	302.00
27 o más años	111	241.108	31.343	2.975	235.212	247.004	130.00	301.00
Total	380	234.729	35.993	1.846	231.098	238.359	.00	306.00

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Por último, siguiendo con el análisis de la experiencia profesional, observamos en la Tabla 44 que se muestra diferencias estadísticamente significativas en la media de las puntuaciones otorgadas a la Calidad de Vida Profesional percibida por parte de las enfermeras, ya que la probabilidad asociada al valor de F es inferior a .05 ($F_{5.374} = 4.215$; $p = .001$), por consiguiente se acepta la subhipótesis, encontrando que las enfermeras dependiendo de los años que tienen de experiencia profesional difieren en la percepción que tienen en relación a su CVP.

Tabla 44.

Contraste de medias de la calidad de vida profesional en función del tiempo de experiencia profesional.

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	26194.476	5	5238.89	4.215	.001
Intra-grupos	464808.606	374	1242.80		
Total	491003.082	379			

Nota. Fuente: elaboración propia.

En resumen, ninguna de las clasificaciones de las respuestas de la muestra en los grupos de sexo, edad, situación laboral y tiempo desde la última formación recibida da como resultado una diferencia estadísticamente significativa de las medias. Todos estos grupos valoran de manera similar su CVP sin que sus características demográficas y sus circunstancias profesionales hagan variar esta situación. Sin embargo, si se encuentra variabilidad en la calidad de vida profesional percibida en función de la experiencia profesional de los sujetos de la muestra de estudio.

5. 5. Análisis de regresión lineal de los valores sociales y la CVP (OE 5)

Por último, se realiza un análisis de regresión lineal entre cada uno de los diez *valores* del modelo de Schwartz y los cuatro factores que explican la CVP, la finalidad es poder establecer una relación funcional, que relacione las variables *-valores sociales y CVP-*, así como la fuerza existente en dicha relación.

5.5.1. Existe influencia entre el sistema de valores y la CVP de las enfermeras

Se estudia la relación y dependencia existente entre las variables, cuantificando la intensidad de dicha relación lineal mediante el coeficiente de correlación lineal de Pearson. De este modo, dichas relaciones se representarán gráficamente mediante el diagrama de dispersión con su correspondiente recta ajustada.

Sin perder de vista los índices de correlación que explican la relación y dependencia de las variables con los valores, observamos que todos obtienen una r superior a .2 e inferior a .5. (*Conformidad*, $r = .202$; *Universalismo*, $r = .228$; *Autodirección*, $r = .239$; *Benevolencia*, $r = .241$; *Hedonismo*, $r = .259$; *Estimulación*, $r = .289$; *Seguridad*, $r = .239$; *Tradición*, $r = .305$; *Logro*, $r = .314$; *Poder*, $r = .460$).

De este modo, si tomamos en consideración el criterio de evaluación de esta relación según López-González, Kareaga, Herrero-Fernández, y Alzina (2016), la intensidad se divide en seis rangos:

- $r = 0$ No existe correlación entre las variables
- $r = .00$ y $.20$ correlación no significativa entre las variables
- $r = .20$ y $.40$ correlación baja entre las variables
- $r = .40$ y $.70$ correlación significativa entre las variables
- $r = .70$ y 1 correlación alta entre las variables
- $r = 1$ correlación perfecta entre las variables

Por lo tanto, todas las relaciones entre los *valores* y los factores de *CVP* tienen una relación baja. Tan solo el valor *Poder* tiene una relación significativa al superar el límite de .4.

Además, dichas puntuaciones muestran la relación de los *valores* sólo con algunos de los factores de la variable *CVP*, tal y como se puede observar en las notas de la Tabla 45, quedando los otros factores como residuos. También, se observan los resultados del *R cuadrado*, y se visualiza qué la proporción del modelo queda explicado por la variable predictora. Es decir, dicho valor multiplicado por 100 muestra el porcentaje de la

variación en la calidad de vida laboral explicada por la preferencia de cada valor. De este modo, dichos porcentajes oscilan entre 4.1% y 21.2%.

Tabla 45.

Medida de relación de los valores y los factores de la CVP.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
Autodirección	.239 a	.057	.052	1.772
Benevolencia	.241 b	.058	.053	1.902
Conformidad	.202 b	.041	.036	1.770
Estimulación	.289 c	.083	.078	1.816
Hedonismo	.259 c	.067	.062	1.889
Logro	.314 c	.098	.094	1.908
Poder	.460 c	.212	.208	1.692
Seguridad	.290 d	.084	.081	1.688
Tradición	.305 b	.093	.088	1.798
Universalismo	.228 b	.052	.047	1.715

Nota. Fuente: elaboración propia.

a) Predictores: *Cargas de trabajo, Motivación intrínseca*

b) Predictores: *Cargas de trabajo, Apoyo directivo*

c) Predictores: *Cargas de trabajo, Calidad de vida global*

d) Predictores: *Cargas de trabajo*

No obstante, si se analiza la significatividad estadística de estas relaciones para cada uno de los valores mediante el estadístico ANOVA, se observa que todas son significativas a un alfa inferior al .001 (*Autodirección*, $F = 11.417$, $Sig. = .000$; *Benevolencia*, $F = 11.672$, $Sig. = .000$; *Conformidad*, $F = 8.052$, $Sig. = .000$; *Estimulación*, $F = 11.141$, $Sig. = .000$; *Hedonismo*, $F = 13.592$, $Sig. = .000$; *Logro*, $F = 20.570$, $Sig. = .000$; *Poder*, $F = 50.626$, $Sig. = .000$; *Seguridad*, $F = 34.623$, $Sig. = .000$;

Capítulo V. Resultados

Tradición, $F = 19.357$, Sig. = .000; *Universalismo*, $F = 10.316$, Sig. = .000). Dichos resultados se observan en la Tabla 46.

Tabla 46.
Resultados ANOVA de los diez Valores.

	ANOVA	Suma Cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Autodirección	Regresión	71.752	2	35.876	11.417	.000
	Residuo	1184.635	377	3.142		
	Total	1256.387	379			
Benevolencia	Regresión	84.469	2	42.234	11.672	.000
	Residuo	1364.163	377	3.618		
	Total	1448.632	379			
Conformidad	Regresión	50.427	2	25.214	8.052	.000
	Residuo	1180.475	377	3.131		
	Total	1230.902	379			
Estimulación	Regresión	113.115	2	56.558	17.141	.000
	Residuo	1243.918	377	3.300		
	Total	1357.034	379			
Hedonismo	Regresión	97.026	2	48.513	13.592	.000
	Residuo	1345.564	377	3.569		
	Total	1442.589	379			
Logro	Regresión	149.814	2	74.907	20.570	.000
	Residuo	1372.868	377	3.642		
	Total	1522.682	379			

Poder	Regresión	289.896	2	144.948	50.626	.000
	Residuo	1079.384	377	2.863		
	Total	1369.281	379			
Seguridad	Regresión	98.700	1	98.700	34.623	.000
	Residuo	1077.579	378	2.851		
	Total	1176.279	379			
Tradicición	Regresión	125.175	2	62.587	19.357	.000
	Residuo	1218.943	377	3.233		
	Total	1344.118	379			
Universalismo	Regresión	60.658	2	30.329	10.316	.000
	Residuo	1108.424	377	2.940		
	Total	1169.082	379			

Nota. Fuente: elaboración propia.

Por otro lado, para conocer el cambio que se producen en las estimaciones de los coeficientes de regresión según se elimina cada factor de la ecuación de regresión se analizan los estadísticos de residuos distancia de Cook, empleado para conocer el peso de cada caso en la recta de regresión, y el *Valor* de influencia centrado, que representan la medida de la influencia potencial de cada caso en la recta de regresión.

De este modo, como se muestra en la Tabla 47, para el estadístico de Cook, una distancia superior a 1 que ha de ser considerada como excesiva. En los presentes resultados, ninguno de los valores supera dicho límite, por lo que ninguno tiene un peso absoluto en la recta de regresión.

De igual modo, para la interpretación del valor de influencia centrado, se emplea como regla de medida los coeficientes inferiores de .2 como poco problemáticos, entre .2 y .5 como arriesgados y superior a .5 como excesivos. Con este criterio, tal y como se observa en la misma Tabla 47, todos los valores son inferiores a .2, por lo que la influencia potencial de cada valor no es excesiva en cada recta de regresión.

Capítulo V. Resultados

Tabla 47.

Estadísticas de residuos.

		Mínimo	Máximo	M	DT	N
Autodirección	Distancia de Cook	.000	.113	.003	.011	380
	Valor de influencia centrado	.000	.146	.005	.012	380
Benevolencia	Distancia de Cook	.000	.073	.003	.009	380
	Valor de influencia centrado	.000	.084	.005	.007	380
Conformidad	Distancia de Cook	.000	.092	.003	.010	380
	Valor de influencia centrado	.000	.084	.005	.007	380
Estimulación	Distancia de Cook	.000	.058	.003	.007	380
	Valor de influencia centrado	.000	.080	.005	.008	380
Hedonismo	Distancia de Cook	.000	.060	.003	.007	380
	Valor de influencia centrado	.000	.080	.005	.008	380
Logro	Distancia de Cook	.000	.050	.003	.007	380
	Valor de influencia centrado	.000	.080	.005	.008	380
Poder	Distancia de Cook	.000	.054	.003	.006	380
	Valor de influencia centrado	.000	.080	.005	.008	380
Seguridad	Distancia de Cook	.000	.072	.003	.009	380
	Valor de influencia centrado	.000	.059	.003	.005	380
Tradición	Distancia de Cook	.000	.045	.003	.005	380
	Valor de influencia centrado	.000	.084	.005	.007	380
Universalismo	Distancia de Cook	.000	.088	.003	.010	380
	Valor de influencia centrado	.000	.084	.005	.007	380

Nota. Fuente: elaboración propia.

Por último, con los coeficientes de cada valor y de los predictores implicados (ver Gráfico 9, medida de relación de los valores y los factores de la CVP), se establece la ecuación de la recta de regresión para cada modelo y las gráficas de regresión de ajuste a la recta (Gráfico 9), de este modo, las ecuaciones son las siguientes:

-Pronóstico en la CVP con *Autodirección*:

$$3.964 + .19 \text{ Cargas de trabajo} + .22 \text{ Motivación intrínseca}$$

-Pronóstico en la CVP con *Benevolencia*:

$$4.752 + .246 \text{ Cargas de trabajo} + .166 \text{ Apoyo directivo}$$

-Pronóstico en la CVP con *Conformidad*:

$$4.873 + .176 \text{ Cargas de trabajo} + .145 \text{ Apoyo directivo}$$

-Pronóstico en la CVP con *Estimulación*:

$$3.461 + .32 \text{ Cargas de trabajo} + .118 \text{ Calidad de vida global}$$

-Pronóstico en la CVP con *Hedonismo*:

$$3.938 + .305 \text{ Cargas de trabajo} + .096 \text{ Calidad de vida global}$$

-Pronóstico en la CVP con *Logro*:

$$3.044 + .316 \text{ Cargas de trabajo} + .190 \text{ Calidad de vida global}$$

-Pronóstico en la CVP con *Poder*:

$$.646 + .466 \text{ Cargas de trabajo} + .240 \text{ Calidad de vida global}$$

-Pronóstico en la CVP con *Seguridad*:

$$4.421 + .343 \text{ Cargas de trabajo}$$

-Pronóstico en la CVP con *Tradicición*:

$$2.85 + .314 \text{ Cargas de trabajo} + .183 \text{ Apoyo directo}$$

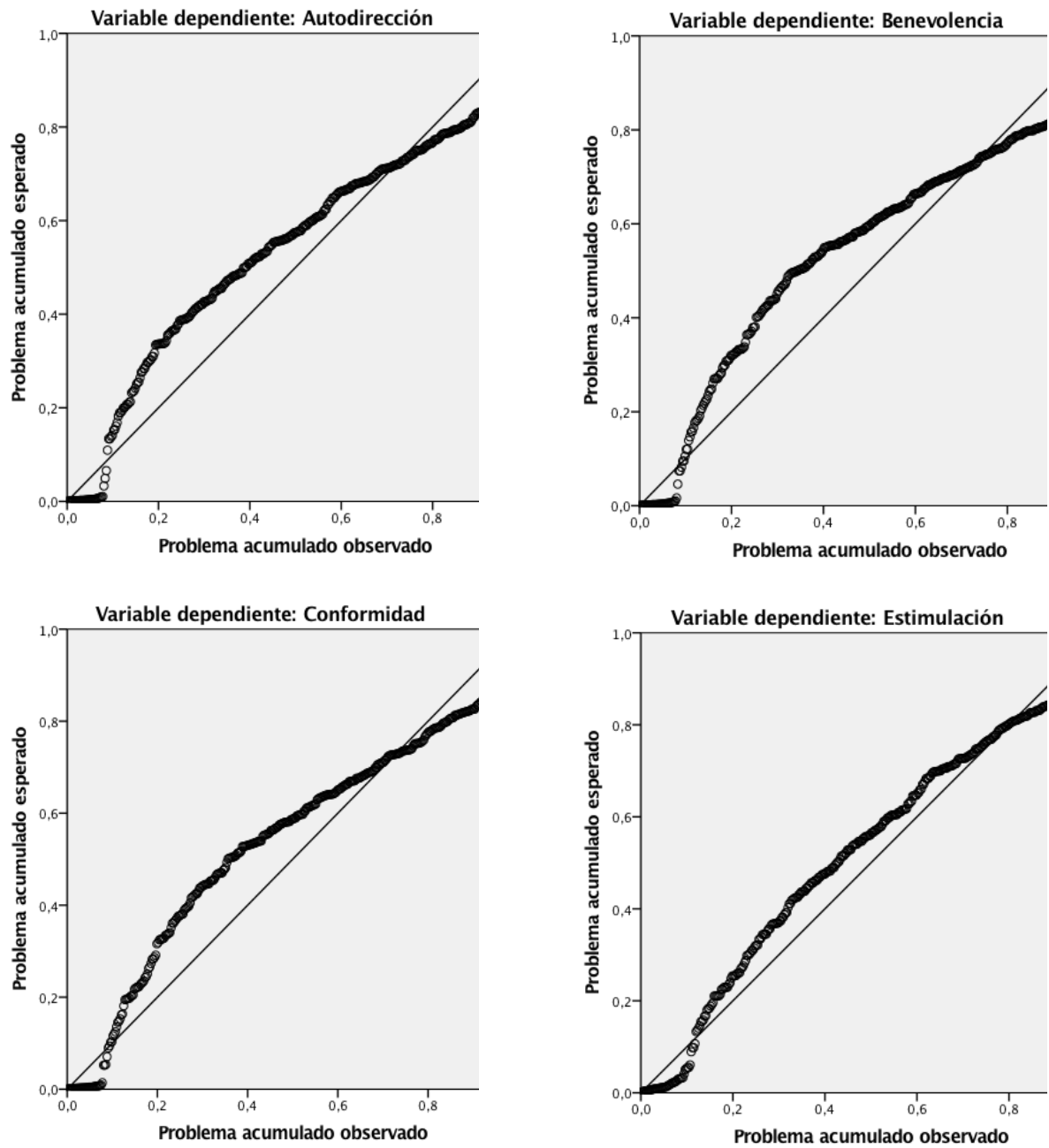
-Pronóstico en la CVP con *Universalismo*:

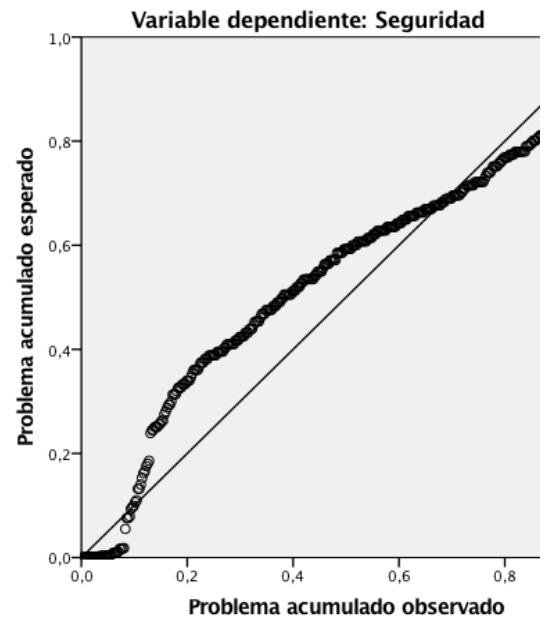
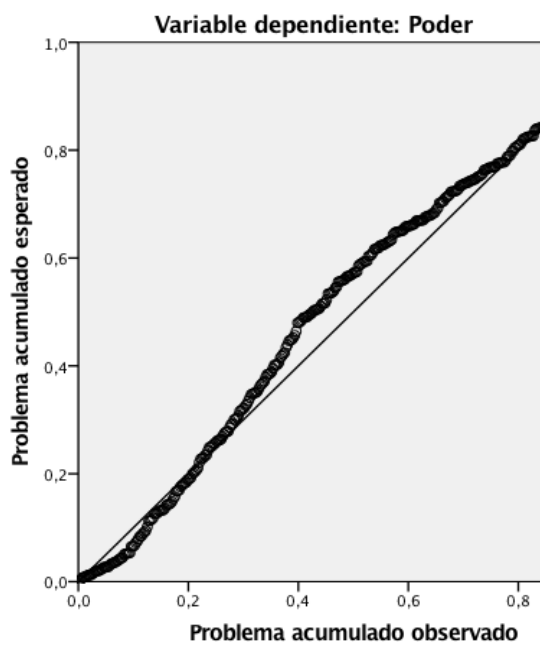
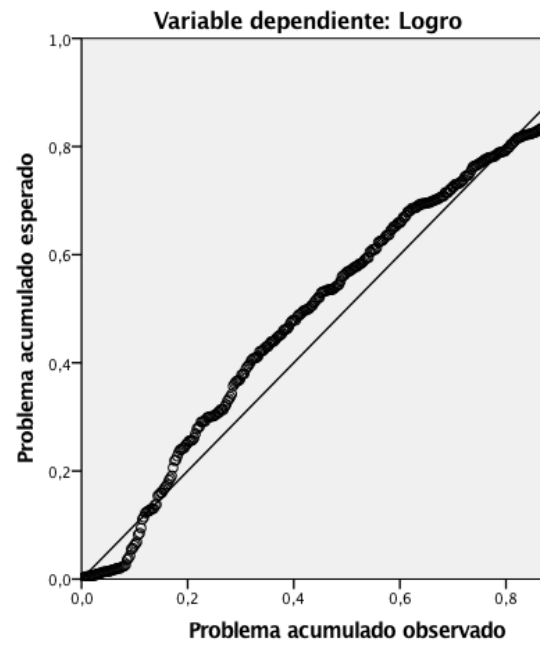
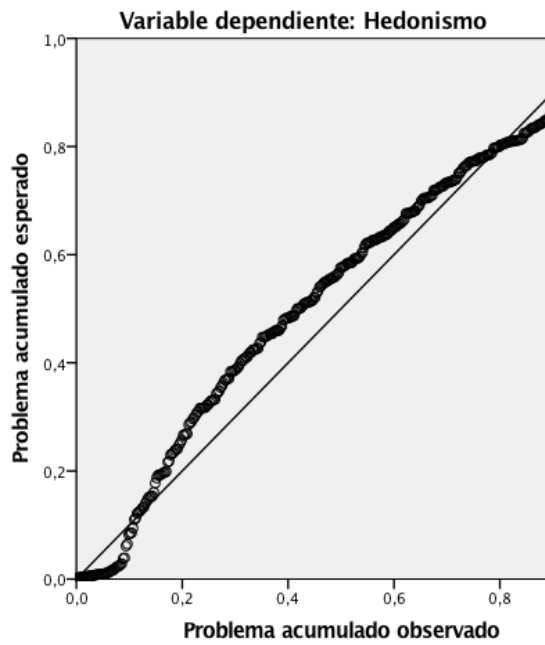
$$4.729 + .218 \text{ Carga de trabajo} + .129 \text{ Apoyo directivo}$$

Capítulo V. Resultados

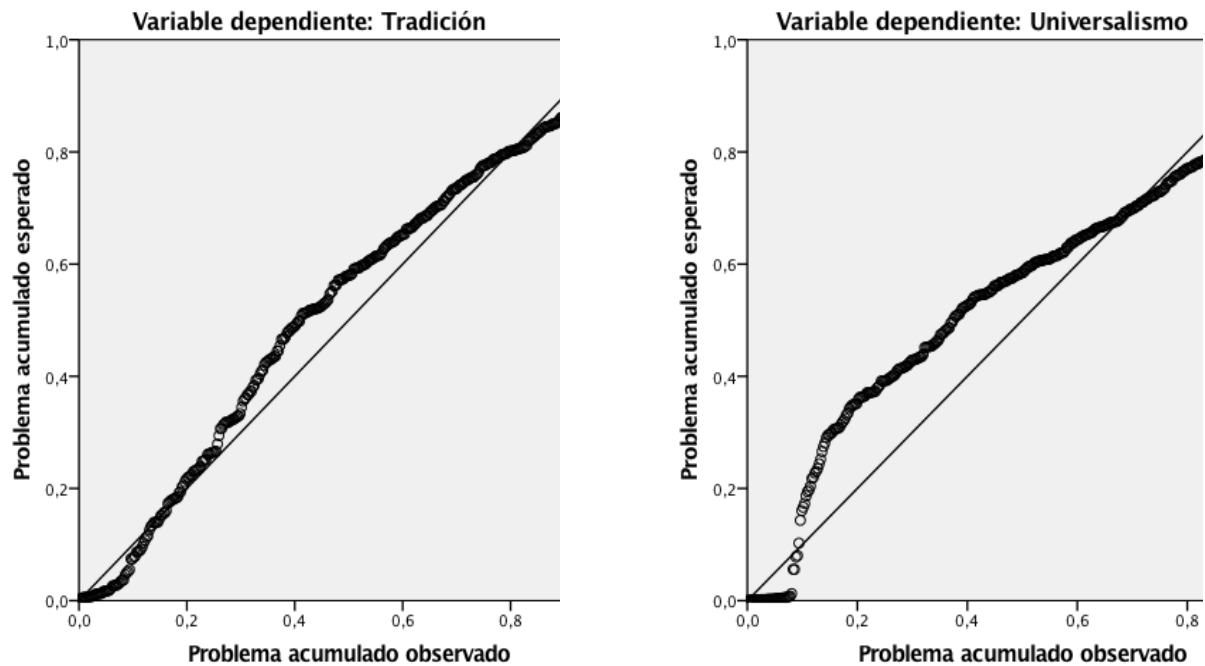
Gráfico 9.

Conjunto de graficas de regresión del residuo estandarizado.





Capítulo V. Resultados



Nota. Fuente: Elaboración propia

Como se puede comprobar en el conjunto de gráficos que lleva por nombre Gráfico 9, se hace visible el análisis de regresión del residuo estandarizado. En el diagrama P-P de todas estas gráficas se ha comparado la frecuencia acumulada de los residuos tipificados con la probabilidad esperada, bajo la hipótesis de normalidad. Se puede observar que las diferencias pueden ser significativas en algunas zonas de los gráficos, encontrando que la curva S invertida implica una distribución con colas cortas, no siendo está para nada pronunciada en ninguna de las gráficas.

En definitiva, al ver los gráficos de residuos, en el que la diferencia existente es el valor real de la variable estudio, se puede deducir que se admite la normalidad dado que los datos están bastante bien alineados, en conclusión, existe distribución normal.

Capítulo VI

Conclusiones

6. 1. Presentación

La finalidad de la presente tesis ha sido esclarecer la preferencia de los *valores sociales* que tienen las profesionales enfermeras de la CAM y la relación que tienen los valores con la *CVP*.

La investigación tiene especial interés y relevancia por el contexto en el cual se ha ubicado. Especialmente, por los cambios laborales estructurales derivados de la crisis socioeconómica pasada, y que han afectado a su quehacer cotidiano.

Por otro lado, este trabajo presenta dificultades asociadas a diversos sesgos, entre los que encontramos que los valores sociales no se pueden medir directamente, y los métodos que se han estado empleando hasta la actualidad vienen condicionados al apego que cada sujeto tiene a cada uno de ellos. Asimismo, los métodos de medición de los valores no están exentos de un efecto de deseabilidad social difícil de controlar pero que es habitual en este tipo de estudios. Todo ello, se explicita en las limitaciones del estudio.

En otro orden, una vez expuestos los resultados y las limitaciones de la investigación, en el presente capítulo se parte de la *discusión* de los resultados. Por ello, se realiza la interpretación de los resultados alcanzados a la luz de otros trabajos de investigación que se han consultado previamente. También se proporciona una explicación de las razones del uso estadístico en la descripción de las relaciones entre las variables *valores sociales* y *CVP*, y la interrelación de éstas con variables de tipo sociodemográfico.

Seguidamente, se muestra un listado de conclusiones basadas directamente en los resultados obtenidos, y en la evidencia experimental del trabajo de investigación que se ha realizado.

Por último, se exponen algunas *propuestas de carácter prospectivo* con relación al estudio, realizando un decálogo de propuestas proyectivas de índole científico y educativo, en las que se establecen posibles líneas de investigación en las que se pueden realizar estudios relacionados con el objeto estudio.

6. 2. Limitaciones

El estudio desarrollado presenta algunas limitaciones que afectan a la temporalización, al diseño, a las técnicas de muestreo y a los instrumentos empleados.

En cuanto al diseño utilizado, se utilizó un diseño *ex post facto de tipo transversal* para estudiar las diferentes variables de la investigación. En relación con estas variables, únicamente se dispone de una medida realizada en un solo momento en el tiempo. Evidentemente, resulta complicado que las variables estudiadas sufran cambios sustanciales en periodos cortos de tiempo. Si bien, la limitación temporal para realizar este estudio no permitió llevar a cabo un diseño *longitudinal*. Por esta razón, la interpretación de resultados debe guardar cierta cautela y se debe pensar en la posibilidad de realizar un estudio de tipo longitudinal con una misma muestra, en un tiempo estimado de recogida de datos de unos cinco años, en el que se tenga en cuenta el desarrollo profesional y personal con el fin de obtener la mayor fiabilidad en los resultados de las respuestas de los sujetos. También, hubiera sido interesante el realizar un estudio de corte *cualitativo* que hubiera servido de elemento de contraste y debate de los hallazgos cuantitativos encontrados.

Siguiendo con el diseño, la escasez de bibliografía existente en lo tocante a los valores sociales que tienen las profesionales de enfermería dentro del modelo teórico de Schwartz (1992), no aportó gran cantidad de información. Dentro de los pocos hallazgos encontrados estuvieron los realizados hace tiempo por Aguilar et al. (2004) y Aguilar et al. (2007), los cuales sirvieron para enmarcar la teoría de la investigación. En la búsqueda de referencias, se encontró bastante bibliografía en relación con la formación en valores durante la formación académica de las profesionales enfermeras (Cano-Caballero, 2004; Oria et al., 2016; Vera et al., 2016). También fue escasa la literatura de estudios realizados de la relación existente entre valores y CVP. Respecto a la literatura encontrada en relación con el territorio la mayoría de la bibliografía encontrada se circunscribía a territorios y entornos muy delimitados: estudios en atención primaria, en atención especializada, en instituciones hospitalarias concretas, etc. (Araque et al., 2007; Cabezas, 1998; Castro et al., 2015; Fernández, Carbajo, & Vidal, 2002; Elustondo et al., 2010; Guevara, Henao, & Herrera, 2004; Sánchez y Tobar, 2017; Sánchez et al., 2003; Zurro y Jodar, 2011). Por último, también en el estudio de las características psicométricas de la

Capítulo VI. Conclusiones

escala de valores ha resultado complejo, se han encontrado dificultades para acceder a datos de validación de otros trabajos publicados.

Otra de las limitaciones ha sido en el muestreo. El periodo de tiempo de recogida de información estuvo delimitado y planificado, lo cual fue todo un condicionante. En la red hospitalaria, se encontraron movimientos de profesionales debido a los concursos de traslados abiertos. Las profesionales cambiaban de servicios o departamentos, o incluso de institución, lo cual entorpeció sobremanera la recogida de información. También, la aparición de nuevas incorporaciones, influyó que pudieron participar en cuestionario dado que uno de los requisitos era que estuvieran en activo.

Dentro del cuestionario online, la composición de la matriz de datos se realizó con las respuestas proporcionadas por las enfermeras. El acceso a estas profesionales fue mediante llamamiento máximo de base de datos existente. Del total de respuestas que se recibieron, se realizó una selección aleatoria en función del tamaño muestral que garantizara la representatividad de la muestra. Dicho proceso no pudo realizarse por procedimientos puros de aleatorización en los centros y en las participantes debido a la burocratización y movimientos existentes.

A la limitación de la investigación dirigida al personal clínico específico, dentro de sistema sanitario público, se debe considerar el efecto de deseabilidad social.

En otro orden, otra limitación la encontramos en el acceso recursos financieros a investigadores noveles que se encuentran en situación de empleo.

Respecto al instrumento, el uso de la variable dominio de valor ha resultado complejo dentro del proceso de investigación llevado a cabo. Hay que tener en cuenta las dificultades con las que cuentan las variables estudio valores sociales universales y CVP, ya referidas previamente en los capítulos I, II y III; dado que la evaluación de la variable valor viene condicionada a lo deseado o a lo deseable por parte del individuo al cual se le formula la pregunta, por otro lado, la CVP viene condicionada a la percepción que tienen los individuos respecto a su CV en un momento dado y en torno a una relación de cuatro dimensiones. En consecuencia, ha sido un sesgo para considerar en las conclusiones de este trabajo.

En consecuencia, con los aspectos expresados anteriormente se propone la viabilidad de la investigación dada la cantidad de fortalezas con las que se contaba, ya que las limitaciones presentadas son comunes dentro de la investigación social.

6. 3. Discusión

La investigación ha girado en torno al objetivo general “*Analizar la relación existente entre los valores sociales y la CVP de las enfermeras de la Comunidad de Madrid*”. Sobre la base de este objetivo, se planificaron otros objetivos específicos para realizar el estudio. Para facilitar el seguimiento de la discusión, se ha organizado a partir de los objetivos específicos definidos, exponiendo y desarrollando los aspectos más relevantes de cada uno de estos objetivos planteados.

6. 3. 1. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 1. Describir el sistema de valores sociales y la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el presente estudio

La bibliografía consultada con relación con los valores sociales y la CVP, da muestra de que los aspectos de índole subjetivo y objetivo están vinculados con el modelo biopsicosocial el cual es utilizado para medir la CV (Adler, 2009; Borrell, 2002; Mazuecos, 2015; Pérez et al., 2008).

En el último decenio, la crisis socioeconómica sufrida ha dejado un panorama en el que las condiciones de trabajo y los aspectos psicosociales de las enfermeras han sido objeto de interés (Gamarra y Mar, 2010; Luengo y Paravic, 2016; Urzúa et al., 2011). También, los cambios estructurales surgidos a la luz de nuevos avances científicos han proporcionado innovaciones en los medios terapéuticos y diagnósticos que han de utilizar todos los profesionales en los contextos sanitarios (Vinaccia y Quiceno, 2012). Estos avances han permitido resolver situaciones complejas en relación con la salud, proporcionando calidad de vida a los pacientes y a las profesionales enfermeras dentro del contexto laboral.

Por otro lado, cabe mencionar que en el nivel nacional e internacional se encuentran estudios de investigación vinculados con los valores sociales universales, habiéndose realizado en todo tipo de contextos y entornos, siendo diferentes a los sanitarios. Estos estudios se realizan habitualmente en torno a los valores que poseen las sociedades, y a la notable incidencia que estos tienen en la mayoría de las áreas sociales. Se cuenta con los instrumentos adecuados, así como con una serie de indicadores

Capítulo VI. Conclusiones

específicos, teniendo una mayor incidencia la base teórica de los 10 valores, desarrollada por Schwartz (1992). Los estudios que mayor importancia están teniendo llevan por nombre World Values Survey (WVS) o Encuesta Mundial de Valores (EMV).

En otro orden, hablar de la disciplina de enfermería, es hacer mención a la relación de ayuda. Esta viene establecida por adecuar los recursos dentro de una relación humana, siendo de tipo terapéutico, en el que de manera sana se afronte el problema que pueda tener la persona que tiene problemas de salud (Muñoz, Morales, Bermejo, & Galán, 2014). La relación viene proyectada por la profesional de enfermería en su tarea diaria; estando condicionada por características propias de la disciplina, como la identidad, la competencia, el conocimiento, el objeto del cuidado, los valores, etc. (Hilda y Aguirre, 2018). Dentro de estas características, son de interés los valores que tienen y proyectan las enfermeras, así como la preferencia y clarificación que deben de tener respecto a estos; dado que a través de ellos manifiestan sus motivaciones y creencias tanto a nivel individual como colectivo, siendo su conducta la encargada de dar cobertura a la necesidad existente (Schwartzmann, 2003). Los valores son proyectados en los individuos como pacientes, en la cohesión del equipo de trabajo para la interacción social adecuada y por último para cubrir la necesidad de bienestar que debe de tener la comunidad como medio de supervivencia (Schwartz y Bilsky, 1990; Schwartz, 2003).

Asimismo, es inevitable que las enfermeras en su colaboración con la institución en la cual trabajan, se generen conflictos de índole existencial, en el que los niveles personal e institucional choquen y confluyan en otras líneas diferentes de las propuestas, apareciendo déficit en la calidad. Con el fin de evitar estos conflictos, las instituciones son las encargadas de proporcionar los apoyos que precisan las enfermeras en sus puestos de trabajo, dado que, estas son el recurso prioritario que cualquier institución sanitaria debe de cuidar, dado que hablamos de la salud de toda la sociedad (Arnold & Boggs, 2019).

Por consiguiente, de lo expuesto, se puede decir que la enfermera tiene que tener un perfil específico de conocimiento, de identidad, así como unos valores sociales y profesionales, siendo proyectados en el momento de realizar su tarea.

En la investigación realizada se ha hallado que, por orden de preferencia en las respuestas facilitadas por las enfermeras participantes, los datos facilitados en relación con la escala de valores de orden superior, las participantes dieron especial importancia a

la *Autotrascendencia* como el más valor superior más apreciado, seguido de *Apertura al Cambio*, *Conservación* y *Autopromoción*. Estos resultados son semejantes en otros estudios (Lapeña, 2012). Hay que mencionar que este valor se anexiona a la superación de intereses egoístas a favor del compromiso de la persona con el bienestar de los otros, siendo estas actitudes y cualidades personales que deben tener las enfermeras, en el que se tiene en cuenta al colectivo y al trabajo en equipo. Respecto al segundo valor preferido, *Apertura al Cambio*, este hace alusión a la persona como individuo en la comunidad a la cual se une de forma voluntaria para formar sociedades, siendo de orden individualista. La participación de la persona como unidad básica y que decide de forma voluntaria unirse para formar comunidad en el contexto donde se da una situación, siendo la desenvolvura en dicho contexto importante, estando considerado en contextos de salud como una relación de cuidado (Orkaizagirre, 2013). En relación con el tercer valor de orden superior más deseado, la *Conservación*; este tiene relación con el mantenimiento de la propiedad, en el que se implican las normativas y restricciones que rigen las sociedades, de índole colectivista. Por último, encontramos que el valor menos deseado por las enfermeras es la *Autopromoción*, que se relaciona directamente con la asignación de roles en el que el resto de la sociedad asigna e identifica de forma unánime una serie de roles en el desempeño de las tareas y en las interacciones sociales en las cuales se desenvuelven, siendo de índole individualista. En el estudio realizado por Aguilar et al. (2004), el valor de orden superior más deseado en la muestra de personal sanitario fue la *Autopromoción*, y el menos valorado el de *Autotrascendencia*. También, hay añadir que la probabilidad de que las enfermeras asignaran menor deseabilidad a este valor (*Autopromoción*) puede deberse a la percepción que pueden tener de falta de identidad, y que es transferida de forma neutra por la sociedad; habiendo sido investigado dicho déficit en otros estudios anteriores (Bolívar et al., 2005; Echavarría, 2005; Oguisso & Freitas, 2016).

En otro orden, cabe mencionar la valoración general que realizaron las enfermeras por orden de preferencia dentro de la rueda de los 10 valores (Schwartz, 1994). Se encontró un interés máximo por la benevolencia, seguido de universalismo y autodirección, estando dichos valores vinculados al crecimiento personal, y junto con valores de índole colectivista e individualista, semejante con los datos de otros estudios en el que están afines a las profesiones que tienen contacto directo con ciudadanos, como

Capítulo VI. Conclusiones

es la profesión de enfermería (Pérez et al., 2008). En el otro extremo las enfermeras le dieron poca importancia a la tradición y al poder, estando vinculados a la protección de índole individualista y colectivista. Hay que tener en cuenta, que las enfermeras suelen presentar problemas a la hora someterse a hábitos rutinarios y costumbres, dado que son más innovadoras y creativas al tratarse de una profesión en constante cambio y con actitudes aperturistas hacia la renovación. Si bien, en el estudio realizado por Nader y Solano (2007) se buscó la relación con el liderazgo, obteniendo como resultado, que tanto la *Conservación* como *Autopromoción* como valores de orden superior y vinculados a tradición y poder son utilizados por los líderes transnacionales, y están asignados por posición social. Probablemente, estos valores hubieran tenido otro nivel de preferencia si la investigación se hubiera centrado en la posición que poseen en la institución.

Por otra parte, en relación con la vinculación profesional de las enfermeras como sanitarias, su tarea va dirigida hacia la sanación como exigencia, por consiguiente, su motivación hacia el poder no la tienen considerada como una meta. Tampoco consideran imprescindible tener control sobre las situaciones que salen de sus competencias. Consideramos que las enfermeras vocacionalmente poseen una imagen pública conocida y destacada dentro de la sociedad, pero no quiere decir que su identidad profesional esté consolidada socialmente, principalmente porque se trata de una profesión feminizada que tiene vinculación directa con el rol del cuidado, de realización de actividades domésticas y al trabajo invisible, lo cual es desvalorizado socialmente, tal como señalan Oguisso y Freitas (2016).

En otro orden, la benevolencia es el valor más destacado del perfil de las enfermeras de nuestro estudio, detectándose que tienen necesidad hacia las relaciones positivas, siendo prioritario en profesiones de la salud. En la misma línea, Badillo-Reyes et al. (2012) hallaron resultados similares. Por otra parte, Ellis & Hartley (2004), en referencia a los médicos, indican que vinculan su actividad a la curación del paciente, mientras que para las enfermeras su referente son los cuidados que estos pacientes reciben. Sin duda, todo ello está muy relacionado con la benevolencia, un valor que, para Potter et al., (2019) tienen que poseer todas las enfermeras.

Por otro lado, al describir la incidencia que tienen algunas variables sociodemográficas en los valores sociales, en relación con el sexo de las participantes, los valores más coincidentes en mujeres y hombres son benevolencia, conformidad, tradición

y poder. Es de destacar que los hombres mostraron mayor deseo por la estimulación; este valor hace referencia a la cobertura de la necesidad humana de variedad y actividad emocional, tal como señala Schwartz (1994). Al respecto, para Badillo-Reyes et al. (2012), los hombres se encuentran más estimulados que las mujeres, teniendo preferencia por una vida variada, llena de desafíos y retos, con vinculación a los cambios que se realizan en la vida, también a lo novedoso, todo ello con estrecho vínculo cultural.

En relación con la edad de las participantes y las preferencias de valor, los resultados de nuestro estudio indican una respuesta unánime en todos en los grupos de edad, siendo coincidentes o cercanos dentro de la rueda de los 10 valores (Schwartz, 1992). Los valores preferidos fueron benevolencia, tradición, poder y estimulación. Las nuevas egresadas, menores de 30 años, tuvieron preferencia por el logro. Este valor está relacionado con lo competitivo, siendo prioritario para la obtención de recursos y supervivencia del grupo. Se refleja en la búsqueda del éxito, cuando se es más ambiciosa, influyente, capaz, etc.; entre otros de los atributos, así como ejercer influencia sobre el grupo. Por tanto, las recién egresadas al mundo laboral, se manifiestan más competitivas que las profesionales que llevan más tiempo ejerciendo la profesión de enfermería, dado que es posible que con el paso de los años se establezcan otro tipo de prioridades en las necesidades laborales que se han de cubrir. En este mismo grupo y las mayores de 61 años, consideraron poco importante el universalismo, y dieron mayor importancia a la seguridad. El estudio de Urzúa y Navarrete (2013), pone de relieve la preferencia de este valor a la edad de la persona, junto con la búsqueda de la armonía, la estabilidad, las relaciones con uno mismo y con los otros; así como la reciprocidad en los favores.

En relación con la situación laboral, las participantes de nuestro estudio dieron preferencia al valor de benevolencia, seguido de hedonismo, tradición, el poder, el universalismo y la estimulación. Por su parte, las profesionales eventuales prefirieron la conformidad, estando muy cercanas en este punto con el grupo de enfermeras interinas. Este valor pertenece al de orden superior *Conservación*, siendo las inclinaciones que tienen los individuos al cumplimiento de las normas, a la obediencia, al respeto a las personas con más bagaje, entre otras de las metas hacia las que se dirige, tal como lo relata Schwartz (1992).

Asimismo, los resultados de nuestra investigación muestran como el personal fijo se sintió más seguro y motivado, prefiriendo los valores de logro y autodirección. El

Capítulo VI. Conclusiones

primero como la demostración de competencias que se poseen respecto a las normas establecidas, muy definido con las normas instauradas en la institución y marcadas por la normativa existente con relación al ejercicio profesional. Respecto a la autodirección hace alusión a las metas que precisan de forma individual las enfermeras, entre las que están la independencia de acción y pensamiento, ajustándose con precisión a los perfiles que generalmente existen en ámbitos laborales, dado que la realidad nos plasma que la variedad en las conductas entre personal fijo a otras categorías se relaciona con diferentes satisfactores y visiones de la vida.

En cuanto al tiempo que ha pasado desde la última formación realizada, encontramos que existe coincidencia en todos los grupos respecto a la preferencia de los valores de benevolencia, universalismo, tradición y poder. Los valores tradición y poder son los menos preferidos. Asimismo, las enfermeras que estaban realizando formación en ese momento, prefirieron el logro y la seguridad, dado que se relacionan con factores de protección ante las situaciones que pueden desencadenarse, como puede ser el desempleo.

En otro orden, las participantes que realizaron formación hacia uno o dos años, su preferencia de valor estuvo más orientada hacia el valor de la autodirección con estrecha relación con la independencia de pensamiento o autonomía intelectual, ambas estando motivadas hacía la posibilidad de ser más creativas. En cambio, las que realizaron la formación más tarde, hacía tres o cinco años, presentaron una mayor preferencia por el hedonismo, vinculado con el placer hacia la vida y hacia la diversión (Schwartz, 1992). Finalmente, las que realizaron una acción formativa hacía más de 6 años, evidenciaron preferencia por el valor de la conformidad, si bien cabe señalar que fueron pocas las participantes que afirmaron estar tanto tiempo sin realizar ningún tipo de acción formativa.

Para terminar, la preferencia de valores de las enfermeras que tenían más años de experiencia profesional, de forma general optaron por los valores de benevolencia, hedonismo, tradición, poder y estimulación. Al respecto, las profesionales que llevaban en la institución menos de 5 años -las nuevas egresadas-, prefirieron el logro y la seguridad, estando menos conformes y menos motivadas hacia la autodirección. Las que llevaban más de 12 años prefirieron la conformidad, mientras que en el resto de las profesionales que llevaban más de 13 años se encontraron preferencias homogéneas respecto a las respuestas relacionadas con el resto de las participantes.

En definitiva, el estudio descriptivo realizado de las preferencias de valor ha permitido tener conocimiento de la estructura axiológica de las enfermeras y los valores a los que le dan mayor prioridad en función de diferentes variables sociodemográficas que aportan una adecuada radiografía de cómo se encuentra este colectivo en relación con sus valores. En cuanto a las estructuras axiológicas definidas, no se ha encontrado ninguna relación asociada, sí se ha tenido más en cuenta el colectivismo vs. individualismo, a la hora de asignar preferencia a los valores. La mayor preferencia de las enfermeras que han participado en el estudio, han sido por los valores benevolencia, autodirección y universalismo. Estos tres valores hablan de la preocupación por el bien común mediante la satisfacción de las necesidades dentro de todo el universo que es la sociedad, en el que se proponen soluciones creativas e independientes un tanto retiradas de los convencionalismos y con asociación a actitudes de perdón, ayuda, honestidad y responsabilidad. Estos resultados están en consonancia con los valores esenciales que deben de tener las enfermeras según la Asociación Americana de Colegios de Enfermería que señaló como relevantes los siguientes valores: altruismo, la integridad, la justicia social, la dignidad humana y la autonomía (Arnold & Boggs, 2019). Por otro lado, las participantes no tuvieron en cuenta el cuidado que deben de ejecutarse mediante el hedonismo. Haciendo mención a los tres valores más importantes, estos se oponen dentro del modelo circular de la teoría de Schwartz (1992), con dos de los valores que ocupan los últimos lugares dentro del listado de preferencias de las enfermeras: el poder y la tradición. Los resultados ponen de relieve al valor de orden superior *Autotrascendencia*, con puntuaciones cercanas a la *Conservación*, ambos valores de orden superior tienen que ver con el colectivismo. Por su parte, el valor benevolencia es al que mayor importancia le ha asignado la muestra del estudio. En consecuencia, este es el perfil definitorio de las profesionales de enfermería de la CAM, probablemente, si contrastáramos estos resultados con otros profesionales tecnificados en ingenierías, banca u otros sectores se hubieran hallado diferencias notorias (Beramendi, Espinosa, y Ara, 2013; Grimaldo, 2010b).

En cuanto al análisis descriptivo de la CVP los hallazgos de nuestro estudio podrían apuntar a la búsqueda del estado de bienestar, a la existencia de problemas de salud como el estrés o el burnout, así como otros aspectos. En general, nuestros resultados permiten afirmar que se ha obtenido un buen nivel de respuesta por parte de las

Capítulo VI. Conclusiones

participantes, similar a otros estudios parecidos como los de Castro et al., (2015) y Grimaldo y Bossio (2015), lo que da muestras de la implicación de las enfermeras respecto a lo que puede afectar a su CV. Asimismo, los datos obtenidos están bastante distribuidos y presentan una CV media bastante elevada. En cuanto, a la dimensión *Motivación Intrínseca*, las participantes dieron su máxima valoración, semejante a los estudios realizados por Araque et al. (2007) y Araque et al. (2016). Esta dimensión está vinculado a la motivación que tiene la persona respecto a factores internos; siendo determinantes en la satisfacción y en el desarrollo profesional; asimismo, se relaciona con el apoyo de la familia y del equipo de trabajo, ser creativa, entre otros aspectos motivantes.

Respecto a la dimensión, *Carga de Trabajo*, encontramos que la valoración en las respuestas está cercano a la puntuación obtenida en *Motivación Intrínseca*. Hace alusión a las demandas que tiene respecto al puesto de trabajo, en el que influyen indicadores como prisas, presión, agobio, conflictos, falta de tiempo para desarrollo personal, interrupciones, entre otros de los motivantes; repercutiendo en la efectividad y en la transmisión de saber dentro de la profesión. Desde hace tiempo se le ha dado especial importancia dado que es la percepción que las enfermeras tienen respecto a su tarea cotidiana. Estos resultados no difieren de los obtenidos en otros estudios realizados en contextos sanitarios (Araque et al., 2016; Castro et al., 2015; Rivera-Ávila et al., 2017).

La dimensión *Calidad de Vida Global*, la encontramos en tercer lugar en el índice de percepción y respuesta realizado por las participantes. Ha tenido un nivel medio alto de valoración. Esta dimensión se relaciona con la calidad de vida profesional que perciben tener las enfermeras de forma general, en el cual vincula con el bienestar y la salud (Cabezas, 1998, 2000).

Por último, la dimensión que menor puntuación ha obtenido ha sido el *Apoyo Directivo*. Esta valoración perceptiva es semejante a otros estudios realizados recientemente (Araque et al., 2016, Rodarte-Cuevas, Araujo-Espino, Trejo-Ortiz, y González-Tovar, 2016). Esta dimensión se relaciona con el soporte emocional que recibe la profesional por parte de directivos y jefaturas en la institución sanitaria. Se tienen en cuenta indicadores de libertad de expresar sentimientos y necesidades, satisfacción con el sueldo, oportunidad de promoción, reconocimiento profesional, apoyo de toda la comunidad dentro de la institución, entre otros indicadores. Las respuestas dan constancia

de que, en opinión de las enfermeras se encuentran poco apoyadas por sus superiores. A su vez, el sueldo y el reconocimiento profesional tampoco contribuyen a una mejora de este valor, algo que hace tiempo que señalaron Fajardo y Germán (2004).

Por consiguiente, de manera general, los datos permiten aseverar que las enfermeras participantes valoraron de forma moderadamente positiva su CVP total. Los datos tuvieron una amplia dispersión estando por encima de la media en el conjunto de factores. Los resultados hallados apuntan que las enfermeras están motivadas a emprender acciones vinculadas con su desarrollo personal, al igual que indican los resultados del estudio de Oria et al. (2016).

Por otro lado, en relación con la CVP total en función del sexo, ambos sexos obtuvieron valores que permiten afirmar que la percibieron como aceptable. Estos hallazgos son similares a otros estudios realizados (Cabezas, 2000; Fernández et al., 2000, Sánchez et al., 2003; Zavala et al., 2016). Si bien, los hombres manifiestan una mayor motivación intrínseca que las mujeres y una percepción de carga de trabajo menor; asimismo estos perciben mayor apoyo directivo respecto a las mujeres y una calidad de vida global inferior a la de las mujeres. Todo ello, puede ser de interés para la realización de un estudio en mayor profundidad en el futuro.

Respecto a la edad de las participantes, es destacable que las enfermeras mayores de 61 años valoran todos los factores y todas las dimensiones en mayor medida respecto a la media de sus colegas que pertenecen a otros grupos de edad. Es destacable que en el apoyo directivo el grupo de edad de 31 a 40 años son las que menor percepción tienen de apoyo, asimismo en este mismo grupo las respuestas proporcionadas en relación con calidad de vida global también fueron las que menor puntuación dieron. En la dimensión Motivación Intrínseca, el grupo de edad de 41 a 50 años las que menor puntuación asignaron.

La situación laboral en la cual se encontraban las participantes tuvo respuesta unánime por parte de las enfermeras en relación con su CVP. Si bien, se encontró que hubo un de grupo 39 sujetos que no se anexionaron a ninguno de los grupos establecidos, pudiendo tener otro tipo de contrato diferente al establecido -media jornada, relevo por jubilación, etc.-. El orden de las dimensiones por preferencia fue Motivación Intrínseca, Carga de Trabajo, Calidad de Vida Global y Apoyo directivo. El grupo que menor valoración dio a todas las dimensiones fue el grupo que no estaba integrado en ninguna

Capítulo VI. Conclusiones

de los grupos previamente establecido. Respecto a la dirección Apoyo directivo el personal interino fue el que tuvo la percepción de estar menos apoyado, así como el que menor percepción tuvo de su calidad de vida global. En cambio, la Carga de trabajo fue menos valorada quizá podría valorarse que estas personas consideren que tienen una menor demanda de trabajo.

Respecto al tiempo que había transcurrido desde la última formación realizada. 35 participantes no dieron respuesta a este reactivo, proporcionando las puntuaciones más bajas a todas las dimensiones. En cuanto al grupo de enfermeras que estaban realizando una acción formativa en el momento de recogida de datos, percibieron que eran las que menos apoyo directivo tenían. En lo tocante a la formación realizada entre 1 y 2 años, las dimensiones Motivación Intrínseca y Carga de trabajo son las que mayor puntuación recibieron. Por otro lado, las que habían realizado formación entre 3 y 5 años, percibieron un mayor apoyo directivo y una menor Calidad de vida. Para finalizar con las participantes que habían realizado formación hacía más de 6 años, encontramos que tan solo son 2 profesionales, y que estas perciben la Carga de trabajo y Motivación Intrínseca como bastante deficiente, no así su Calidad de vida que la asignaron la mayor valoración respecto al resto de grupos. De los datos aportados se deduce que las profesionales tienen necesidad de seguir realizando formación continuada, focalizada en su disciplina, en el que las novedades existentes puedan ser puestas en práctica durante su tarea diaria, tal como se había solicitado en estudios previos (Ávila-Morales, 2017; Amezcua, 2008; Benavides, 2010; D'Angelo, 1995).

En definitiva, se concluye que las variables estudiadas, muestran una homogeneidad en la percepción que tienen respecto a la CV global respecto a los contextos sanitarios, siendo resultados semejantes a otros estudios (Araque et al., 2007, Arias et al., 2008; Martin, 2005; Nasetta, 2013; Vidal-Blanco, Oliver, Galiana, y Sansó, 2019).

6.3.2. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 2. Analizar la relación entre el sistema de valores sociales y la CVP de las profesionales de enfermería de la CAM

El estudio de la correlación de los factores con la puntuación de los valores sociales ha venido ajustado al modelo de la rueda de valores de Schwartz (1992); mientras que la CVP ha venido ajustada al modelo conceptual de la satisfacción laboral definido por Cabezas (1998), en el que se tienen en cuenta el equilibrio entre las demandas en el puesto de trabajo y los recursos con los que se cuenta.

Con las respuestas facilitadas por las participantes, respecto a la correlación de la CVP total y los diez valores estudiados, las enfermeras han evidenciado valores altos y positivos, de donde se ha deducido que cuando algunas actitudes y acciones se ponen al servicio de la práctica profesional, aumentan la percepción que tienen respecto a su CV; a su vez, la perciben como más idónea. Algunos estudios sugieren que la transmisión de valores dentro de la manifestación de intereses tiene un impacto en la CV en relación con la salud (Noriega et al., 2017).

De inicio, hay que comentar que las mujeres dan mayor importancia a valores como *-Tradición, Logro, Poder y Estimulación-*, los cuales afectan de forma significativa a su CVP, mientras que en el grupo de hombres no hay significancia notoria entre la CVP con ninguno de los diez valores del modelo de Schwartz.

En otro orden, la observación de las relaciones significativas de la CVP y los valores en función de la edad se ha encontrado que el grupo de menores de 30 años no obtuvo ninguna correlación significativa entre CVP y los valores. No así, en el resto de los grupos dado que hubo más de una relación importante. En el grupo de participantes de 31 a 40 años, los valores con correlación negativa fueron Universalismo y Benevolencia, interpretando que cuando perciben una CVP aceptable los valores mencionados son bajos, o viceversa; o lo que es lo mismo, al pertenecer a la motivación de orden superior *Autotrascendencia*, se tiene anexionado el compromiso voluntario en la promoción del bienestar del otro y la CVP percibida disminuye. En el resto de los grupos, tan solo encontramos que las profesionales mayores de 61 años tienen ocho valores asociados a la CVP, siendo todas las relaciones positivas, por lo que la CV se

Capítulo VI. Conclusiones

modifica aumentando o no cuando se ponen en funcionamiento los valores sociales disponibles en función de la tarea a emprender.

Siguiendo con la situación laboral que tenían las participantes, las que estaban como interinas dieron una significancia negativa a los valores Universalismo y Benevolencia, incluidos en el valor superior Autotranscendencia, siendo un perfil axiológico concreto, el cual expresa que al tener una motivación de intereses particulares en favor del compromiso de los profesionales en la promoción de los otros será alto, mientras que la percepción de la CVP es escasa o baja. En este mismo grupo de enfermeras se da significancia al valor Poder, el cual viene anexionado al dominio, al prestigio y al control que se tiene respecto a otras personas, aumentando la CV percibida una vez que aparece la actitud o acción. Las profesionales eventuales consideraron la *Tradición*, *Logro* y *Poder* con un nivel de significancia. Los dos primeros valores, son reconocidos en el valor superior *Autopromoción*, anexionado a un perfil axiológico concreto. En consecuencia, las profesionales tienen claros los recursos y los roles que desempeñan adscritos o asignados por el consenso social, aportándolas una mayor percepción de tener una CV más aceptable cuanto más acusado es el perfil axiológico (Delfino y Zubieta, 2011). Respecto al grupo de enfermeras que pertenecían a plantilla como fijos, presentan dos relaciones positivas en Logro y Poder, en relación con la CVP. Nuevamente encontramos definido un perfil axiológico en este grupo, la *Autopromoción*. Los individuos son vistos desempeñando un rol específico que ha surgido del consenso social. En todos los grupos tiene un valor significativo, la dimensión Poder. Este viene circunscrito a la obtención de posición y prestigio social, motivado por el logro de estatus social y dominio del resto de personas y recursos adyacentes.

Para finalizar, las relaciones significativas de la CVP y los valores en función del tiempo transcurrido desde la última formación continua recibida permitió aceptar la subhipotesis (Shp 3.4). En el grupo que realizaban en ese momento una acción formativa, dieron valor negativo a Universalismo y Benevolencia, con un perfil axiológico definido por el valor de orden superior *Autotranscendencia*, lo que indica que cuando aplican la justicia social, igualdad, y el espíritu de servicio como valores a poner en práctica en las tareas asignadas, la CV percibida disminuye. Asimismo, este grupo también tiene significancia en los valores Logro y Poder, también asignado a un perfil axiológico definido, *Autopromoción*, el cual viene a expresar éxito, ambición, autoridad, riqueza,

entre otros de los motivantes anexionados. Estos dos valores superiores están confrontados dentro de la rueda de los valores de Schwartz (1992).

Otro de los grupos, el formado por las enfermeras que realizaron la última formación hace 1 o 2 años, son los valores Logro y Poder los que predefinen el valor superior *Autopromoción* haciendo alusión al éxito que les puede llegar a dar la formación dirigida hacia su puesto de trabajo, así como la percepción de aumento de CV respecto a su puesto de trabajo, dado que la formación proporcionara posición, prestigio y éxito personal y competencial.

Dentro del grupo de profesionales que realizaron una formación entre 3 y 5 años, observamos que la correlación significativa está en el valor Hedonismo el cual tiene que ver con el disfrute de la vida, al placer, a una vida variada y excitante, vinculado al puro placer y gratificación personal, los datos parecidos a los aportados por personal directivo universitario en el estudio realizado por Cayón (2008).

En otro orden, los datos que aportaron las profesionales respecto a los años de experiencia profesional, las que estaban recién egresadas o sea que llevaban menos de cinco años trabajando, tuvieron en Seguridad y Autodirección los valores más significativos, pudiendo aseverar que sus actitudes vienen vinculadas a la seguridad tanto familiar como social; así como poder pertenecer y tener un reconocimiento dentro del grupo, también precisaron tener autonomía e independencia dentro de su puesto de trabajo, como una cierta necesidad de control.

Por otro lado, las participantes que llevaban entre 6 y 12 años trabajando dieron mayor importancia a la Tradición, el Poder y el Hedonismo. Esto nos dio a entender que esperaban un mayor respeto, compromiso y aceptación de costumbres e ideas, así como con el control y dominio de las otras personas y recursos; así como la motivación del placer, disfrute y variedad de la vida. Las profesionales que tenían más experiencia, las que estaban entre los 13 y 19 años, fueron las que más identificaron los valores sociales y la relación negativa que podían tener respecto a su CVP. Se identificaron dos perfiles de axiomas *Autotrascendencia* y *Apertura al Cambio*, proporcionando significado que este grupo intenta superar dentro de sus funciones los intereses egoístas que pudieran surgir, al no conseguirlo afecta a su CVP, también la necesidad de fortalecer el equipo de trabajo, la unificación profesional no siendo posible y afectando a su CVP. El grupo compuesto por profesionales con experiencia entre 20 y 26 años, percibieron que a ellas

Capítulo VI. Conclusiones

les afectaba de alguna manera en su CVP el Logro y el Poder, estando dichos valores agrupados en el valor de orden superior *Autopromoción*, dando por sentado que ellas tenían un rol establecido dentro de la institución, así como unos recursos con los cuales poder realizar su tarea cotidianamente. Por último, las profesionales más antiguas o que llevaban más de 27 años trabajando, mostraron una tendencia a la *Autopromoción* como sus compañeras que llevaban unos años menos. Lo que podemos expresar como que a mayor tiempo trabajado mayor seguridad, mayor reconocimiento, así como una percepción de la CVP más aceptable.

A la luz de los resultados de este estudio correlacional, se puede concluir que las relaciones entre los valores preferidos por las enfermeras y la relación de afectación que podía tener en la CVP que percibían las enfermeras, los datos han arrojado significancia en la relación con los valores Benevolencia, Universalismo. Estos valores según Rohan (2000), tienen una fuerte connotación con las personas humanistas, por consiguiente, en nuestro estudio hallamos un alto nivel de respuesta a una profesión con un alto componente humanista como es la enfermería.

En otro orden, Tradición, Logro y Poder son los valores que más influyen de forma positiva o negativa en su CV. Por otro lado, la *Autopromoción* como valor de orden superior, el cual tiene fuerte relación con las consecuencias que pueden tener las acciones que se realizan (De St Aubin, 1996). Este ha sido el perfil axiológico que más relación tuvo respecto al perfil sociodemográfico de las participantes, seguido de la Autotrascendencia. Cabe señalar que algunos estudios proporcionan información acerca de que los valores *Autopromoción* versus *Autotrascendencia* tienen una fuerte cabida en sociedades más desarrolladas, mientras que en las menos desarrolladas no tienen cierta garantía de diferenciación (Fontaine, Poortinga, Delbeke, & Schwartz, 2008 citado por Gouveia et al., 2010, p. 213). Para finalizar el valor superior *Apertura al Cambio* ha sido también uno de los más definidos. Hay que expresar que se pudo deducir que la conjunción de la definición de los tres perfiles superiores definidos, las participantes tienen preferencia por la individualidad respecto a la colectividad.

6.3.3. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 3. Analizar las diferencias de las preferencias de valor de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas

Las profesionales de enfermería que participaron en el estudio, aportaron información en relación con las diferencias que pudieran tener respecto a los valores que poseían y algunas variables sociodemográficas.

Las participantes difieren en su conducta respecto a la preferencia del valor social en el momento de tomar decisiones que afectan a sus tareas. Las diferencias vinieron marcadas por la muestra de los diferentes perfiles en función de características sociodemográficas; siendo el análisis de las diferencias de las preferencias de valor lo que permitió aceptar el cumplimiento del objetivo OE3.

En relación con la diferencia entre los valores sociales y el sexo, tanto las mujeres como los hombres no mostraron ninguna particularidad diferente entre sí.

Asimismo, respecto a la edad de las participantes si existe una cierta significancia respecto a la edad y, por tanto, hay diferencia entre las que tienen más o menos edad en el momento de emprender acciones y poner en práctica los valores como conductas hacia la práctica de enfermería.

También, la situación laboral marco una diferencia entre las enfermeras que tienen un contrato interino a los otros grupos que participaron.

En relación con la última formación que habían realizado relacionada con la profesión de enfermería y la utilidad que esta tenía para su puesto de trabajo, las participantes no evidenciaron diferencias significativas en sus respuestas por lo que no hay una repercusión directa en la utilidad de la formación en un periodo de tiempo concreto establecido.

Por otro lado, los años de experiencia profesional tienen una repercusión en los valores sociales de manera significativa. Es notorio que las enfermeras que llevan menos de cinco años trabajando son las que más diferencia han mostrado en el momento de facilitar la respuesta al reactivo, seguido de las profesionales que tenían más de 27 años de experiencia.

En definitiva, las participantes en el estudio difieren en el nivel de uso de las variables implicadas. Estas diferencias muestran los perfiles en función de las características sociodemográficas que describen a las enfermeras. El análisis de las diferencias de preferencias de valor en función de variables sociodemográficas permite aceptar el logro del objetivo OE 3, por ser una mayoría de las subhipotesis planteadas han mostrado un grado de significación y aceptación medio-bajo.

6. 3. 4. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 4. Analizar las diferencias existentes en la CVP de las enfermeras participantes en el estudio en función de diversas variables sociodemográficas

La interpretación de los resultados obtenidos respecto a las diferencias que tienen las profesionales enfermeras entre su CVP y variables de orden sociodemográfico nos ha llevado a conclusiones muy cercanas a otros estudios relacionados, como los realizados por Araque et al. (2007), en el que no se encontraron diferencias significativas entre sexo ni la edad de los participantes.

En relación con la variable sexo, en el presente estudio no se encontró tampoco ninguna significatividad respecto a ser mujer u hombre; por consiguiente, no se encontró ninguna diferencia en la que repercutiera el sexo en el momento de tener una CVP aceptable de una manera más o menos positiva. Si cabe mencionar, la existencia de estudios en los que las mujeres tienen una percepción de CVP mayor que los hombres, como el realizado por Albanesi y Nasetta (2011).

Respecto a la edad se ha encontrado significación en las respuestas que proporcionaron las participantes. Por consiguiente, si se encuentran diferencias entre las participantes de más edad con las más jóvenes, llama la atención que las participantes desde los 51 años en adelante y las menores de 30 años, son las que mayor diferencia asociada tuvieron.

Por otra parte, la situación laboral tiene suficiente nivel de significatividad ya que las profesionales perciben que su CVP es diferente por el hecho de ser personal fijo, interino o eventual.

El hecho de realizar o haber realizado alguna acción formativa en relación con la disciplina de enfermería no es nada significativo. Las enfermeras no perciben ninguna

diferencia entre la formación realizada o que se está realizando repercute de alguna manera en su CVP.

Por último, hay que comentar que en relación con los años de experiencia profesional si se encuentra una cierta significación. Las nuevas egresadas (con menos de 5 años) presentaron una percepción baja de CVP, semejante a otros estudios realizados con médicos, en los que la percepción de la CVP se percibe al ingreso al mundo laboral como adecuada, disminuyendo conforme avanzan en el tiempo de trabajo, no volviendo a niveles de base o iniciales (Arias, Vargas, Hernández, Ramos y Velasco, 2008). También, hay una cierta significancia, en los valores de las profesionales que llevan más de 27 años trabajando. Este grupo aportó conocimiento semejante a estudios realizados anteriormente, en el que la CVP fue de 5.35 (5.12-5.58), no encontrando diferencias significativas por edad, sexo o estamento como el estudio realizado por Fernández et al., (2002).

En definitiva, se muestran diferencias en los resultados hallados para las variables dependientes del estudio en función de las características sociodemográficas descritas por las enfermeras. El análisis de las diferencias de CVP en función de variables sociodemográficas permitió aceptar el logro del objetivo OE 4. Por otro lado, una mayoría de las subhipotesis planteadas han mostrado un grado de significación y aceptación medio-bajo.

6. 3. 5. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 5. Analizar las diferencias existentes en el sistema de valores en relación con la CVP de las enfermeras de la CAM participantes en el estudio

La dependencia de los la CVP con los valores sociales tras la interpretación de los resultados nos indican que hay una correlación baja entre las variables. Tan solo en el valor Poder encontramos significación, de donde deducimos que la fuerza no tiene una relación lineal. En la Gráfica 9, se ilustran los patrones en la fuerza y la dirección entre las variables estudiadas. Se visualiza que los puntos se ubican cerca de la línea, lo que indica que hay una relación casi fuerte entre las variables, siendo relación positiva, porque mientras una variable aumenta también lo hace la otra, por lo que podemos considerar que no existen diferencias entre las variables. En consecuencia, podemos interpretar que

ante una preferencia de los 10 valores estudiados estos aumentarían la CVP de las profesionales de enfermería. Otros estudios realizados por Araque et al. (2007), también aportan datos de variables estudiadas y que son significantes a la hora de aumentar la CVP percibida por profesionales sanitarios.

6. 3. 6. Discusión de los resultados en relación con el Objetivo 6. Plantear líneas futuras de actuación que permitan a las instituciones sanitarias desarrollar y promover valores sociales, así como la mejora de la percepción de CVP

El estudio realizado ha venido marcado por la complejidad en la cual está inmersa la sociedad y por una serie de cambios estructurales actuales en las instituciones de la CAM. Estos cambios han traído el desarrollo de una serie de modificaciones dentro del ámbito laboral. Con anterioridad, se hizo mención que, desde estamentos como la Consejería de Sanidad de la CAM, se llevan a cabo una serie de medidas de adaptación a los cambios existentes, siendo el Plan de Humanización una de las estrategias de adaptación a las nuevas sociedades. En este Plan, dentro de su Programa nº2, se pone énfasis en la competencia humanística de los sanitarios, los cuales tienen como objetivo prioritario “mejorar las competencias humanísticas y relaciones de los profesionales, desarrollando los valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la comunicación afectiva/efectiva y la relación de ayuda” (p. 74).

Teniendo como marco los propósitos de cambio y adaptación mencionados; a continuación, se justifica la conveniencia de promocionar la formación en valores, tal y como se especificó en el Objetivo 6. Con todo, los hallazgos del presente estudio apoyan la importancia de los valores, en relación con la percepción de la CV que tienen las profesionales. Hay que mostrar interés por el sistema educativo, dado que este contexto es un espacio idóneo para la transmisión de valores, los cuales aportan a la sociedad un bienestar democrático, bien entendido, proporcionando a los ciudadanos una cierta libertad y paz ciudadana (Pérez, 2010). También, el fomentar el envejecimiento activo y saludable como principio a seguir, a través del aprendizaje a lo largo de la vida (Pérez-Serrano, 2001; Pérez Serrano y De-Juanas, 2013).

En la actualidad, gran número de sujetos están solicitando que desde los estamentos públicos y privados se formen a los jóvenes ciudadanos en valores siendo responsabilidad de todo el conjunto de la población aunarse en solicitar dicha metodología educativa en beneficio de toda la comunidad (Aguerrondo, 2017; Amezcua, 2008; Avendaño y Guacaneme, 2016). Asimismo, también se está solicitando que la población tenga una percepción de CV aceptable o adecuada, en la que la salud es el indicador máspreciado para conseguirla, siendo los profesionales de la sanidad los promotores y proveedores de salud, y con un papel muy importante el de la profesional de enfermería, dada la cercanía que tiene respecto a la sanación, curación y promoción de la salud.

6. 4. Conclusiones

Tomando como referencia los objetivos planteados en el diseño de la investigación, se va a proceder a enumerar las conclusiones que han surgido de este trabajo de tesis:

- Las enfermeras han mostrado que tienen asociados e identificados una serie de valores que encajan con la práctica del cuidado al paciente. Estos valores les otorgan el carácter ético que precisa la profesión, más vinculado a lo vocacional, como requisito que precisa la disciplina.
- Se aprecia por parte de las enfermeras, que en todas las edades hay una tendencia a la preferencia del valor Benevolencia, siendo claro indicador de que la vocación las ayuda a dignificar los cuidados; así como a estabilizar homeostáticamente los déficits que pueden tener respecto a la percepción que tienen respecto a su CV. Por ello, sería de interés para próximos estudios, que se constituyese el valor Benevolencia como un valor diferencial en la práctica de enfermería. Otros valores no presentes en el estudio por su bajo nivel de preferencia, siendo el Logro y el Poder, podría ser interesante que se potenciarán con la formación y conocimiento adecuado de ellos, estando presentes en la formación continua, especialmente en aquella que se centre en la resolución de conflictos.

- Respecto a la CVP total, la percepción en las enfermeras es baja. No así, las profesionales disponen de bastante Motivación Intrínseca, Apoyo familiar, Orgullo por su trabajo y de una Alta capacitación. Sería muy importante considerar en futuros estudios la posibilidad de identificar los factores de trabajo que se identifiquen como influyentes en la calidad de vida profesional, y lograr así un clima laboral más agradable.
- El conocimiento de las deficiencias detectadas sobre la CVP, proporciona a los directivos áreas específicas donde se puede intervenir para conseguir cambios favorables para aumentar la percepción de la calidad de vida laboral. Eso podría redundar en una mayor eficacia de gestión de recursos porque con una adecuada cobertura de las necesidades de la enfermería se puede disminuir el estrés laboral, el síndrome de burnout, el absentismo laboral, y al mismo tiempo mejorar los cuidados prestados.
- Ante la falta de conciencia y conocimiento de los valores sociales insertos en la disciplina de enfermería -fuera de los establecidos por la AACN- y el grado de afectación que tienen éstos en la CVP de las enfermeras, es de interés que se realicen y se pongan en práctica acciones de formación continua en valores dentro de los contextos sanitarios.
- Esta investigación está en línea con las actuales investigaciones sobre la mejora de apoyo directivo en el ámbito sanitario para desarrollar medidas de mejora de un clima laboral satisfactorio. Los resultados pueden ser de interés científico de primera magnitud por su escasez de estudios similares en el colectivo de enfermeras.
- Son mínimos los estudios realizados en contextos sanitarios respecto a los valores que tienen las enfermeras y que transmiten en sus tareas de cuidados, si se encuentran en contextos universitarios.
- De las cuatro dimensiones que caracterizan la CVP, la Carga de trabajo y el poco Apoyo directivo son de las dimensiones más negativas presentes en las enfermeras.
- Existen relaciones estadísticamente significativas entre los valores sociales y la CVP de las enfermeras.

- Hay variables que se pueden considerar potencialmente protectoras, con resultados estadísticamente significativos, como la Motivación Intrínseca y la Calidad de Vida global, que vinculan con la Satisfacción profesional, la Autonomía y algunos valores como la Benevolencia y la Universalidad.
- El presente estudio se pretendió dotar con suficiente validez con el propósito de que sirva de aplicación para futuras investigaciones e intervenciones sobre el tema.

6. 5. Prospectivas de futuro

Los resultados encontrados dan paso para profundizar en la investigación de las implicaciones prácticas de las variables empleadas; así como al diseño de programas educativos-formativos centrados en el desarrollo personal y profesional de los valores sociales y la afectación positiva en la CVP de las enfermeras que trabajan en la red hospitalaria pública de la CAM.

En la revisión de la literatura se han encontrado programas educativos de proyección y refuerzo de valores, cuya función prioritaria es fortalecerlos y transportarlos a la sociedad. No obstante, este tipo de experiencias educativas no se han encontrado para profesionales de la sanidad ni dentro de la formación continuada que pueden realizar. También, se ha encontrado literatura en relación con la CVP de los sanitarios, más concretamente en las enfermeras. Los resultados que se han obtenido evidencian un grado alto de incidencia en la salud, debido a una percepción de su CVP mala o regular, derivada de la falta de apoyos directivos y exceso de demanda asistencial. Ante esta situación no hay formación dirigida a la mejora del bienestar y de la CV de las profesionales de enfermería, siendo el fin la necesidad de incluir los valores como elemento cognitivo mediador en la respuesta deseada, la calidad integral que precisa la sociedad y como objetivo prioritario, la sanación de la población.

Por consiguiente, una de las mayores aportaciones de este trabajo de investigación va en la línea con el objetivo específico 6, en el que se pudiera diseñar programas de educación en valores como formación continuada, así como otros programas beneficiosos para la CV que perciben las enfermeras.

Los resultados estadísticos encontrados en los análisis de correlación entre las variables valores sociales y CVP, confirman la vinculación entre ellas. Por consiguiente,

Capítulo VI. Conclusiones

la intervención en una de las dos variables, aunque no necesariamente, podría llegar a suponer un cambio en la otra. Ante el posible nexo existente, sería de interés para la comunidad sanitaria elaborar programas de educación en valores, realizando un diseño adecuado a las necesidades de las enfermeras, así como realizar un pilotaje de éste y evaluar su eficacia en la población objetivo.

Además, tal y como muestran los resultados encontrados en la presente tesis, el control de las características sociodemográficas de la población hacia la que se dirigen las acciones formativas de valores y la mejora de la CVP resulta ser fundamental, dado que la estructura de los valores varía de manera sustancial en función de los niveles de algunas de las características sociodemográficas. En este sentido, la variable que en mayor medida determina las diferencias en la valoración de la escala de valores es el sexo.

De igual modo, la variable edad tiene diferencias sustanciales entre las nuevas cohortes y las profesionales que llevan laborando más tiempo, por lo que es de interés el tener en consideración la educación en valores para la igualdad de género, dado que el sexo es la característica que en mayor medida discrimina las diferencias, tal como proponía Kohlberg en su modelo de desarrollo axiológico.

A modo de resumen, debe destacarse que a lo largo del desarrollo de esta tesis y con las evaluaciones continuadas realizadas, han ido surgiendo una serie de ideas que abren futuras líneas de investigación. Éstas están encaminadas a profundizar en el estudio de los valores sociales de las enfermeras, con el fin de poder generar cambios en la percepción que tienen respecto a su CVP, y serán retos que habrá que abordar en investigaciones venideras. A saber:

- Elaborar programas de formación continuada siendo la educación en valores la línea principal de aprendizaje.
- Continuar realizando investigaciones de la CVP percibida por las profesionales, y los cambios que se han ejecutado para bienestar de éstas con un diseño de tipo longitudinal en las nuevas cohortes, al inicio de la incorporación en la institución recién acabados los estudios y a los tres años posteriores a su incorporación laboral.
- Contemplar la posibilidad de introducir nuevas variables en los estudios de la CV de las enfermeras como el manejo de las tecnologías y de otras mejoras de los recursos laborales para mejora de su bienestar.

- Profundizar en otras variables contextuales y su influencia en los valores y en la CVP. Así, por ejemplo, el aumento de ciudadanos con necesidad de cuidados y la disminución de la fuerza de trabajo por falta de profesionales.
- Estudiar y conocer experiencias innovadoras sobre desarrollo profesional, aprendizaje y salud digital, abriendo nuevos lineamientos desde el punto de vista de las organizaciones, así como de los profesionales sanitarios
- Seleccionar experiencias útiles, para aprender de ellas y ser capaces de adaptar lo aprendido al ámbito de la institución/organización, objeto de este estudio.

Referencias

Referencias

- Abouzeid, A. & Khalil, G. (2018). *¿Influye la crisis económica en la calidad de vida de los profesionales de Enfermería?* (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Adler, A. H. (2007). Ética profesional como proyecto de investigación. *Teoría de la educación. Revista Interuniversitaria*, 15, 235-258.
- Adler, R. H. (2009). El modelo biopsicosocial de Engel sigue siendo relevante hoy en día. *Revista de investigación psicosomática*, 67(6), 607-611.
- Aguerrondo, I. (2017). *El nuevo paradigma de la educación para el siglo XXI*. OEI. Programas. Desarrollo Escolar y Administración Educativa. Recuperado de <http://www.oei.es/administracion/aguerrondo.htm>
- Aguilar, M. C., Calvo, A., y García, M. Á. (2007). Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública de México*, 49(6), 401-407.
- Aguilar, M. C., García, J. M., y Calvo, A. (2004). Valores hacia el trabajo del personal de enfermería: Un análisis descriptivo. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 9-13.
- Aguilar, M. E. (2018). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *MULTIMED Revista Médica Granma*, 21(6), 971-982.
- Aguirre, D. A. (2009). Satisfacción laboral de los recursos humanos de enfermería: factores que la afectan. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(4), Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1587>
- Aignerren, M. (2008). Técnicas de medición por medio de escalas. *La sociología en sus escenarios*, (18), 1-25.
- Ajzen, I. (1989). Attitude structure and behavior. In R. Pratkanis, J. Breckler & G. Grenwald (Eds.), *Attitude structure and function*, (pp. 241- 274). Hillsdale, EUA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Alandete, J. G. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud & sociedad*, 4(1), 48-58.
- Alarcón, R. (2017). Funcionamiento familiar y sus relaciones con la felicidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 3(1), 61-74.
- Albanesi, S., y Nasetta, P. (2011). Calidad de vida profesional en médicos de Cuyo. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16, 387-395.

- Albar, M. J. y Sivianes-Fernández, M. (2016). Percepción de la identidad profesional de la enfermería en el alumnado del grado. *Enfermería clínica*, 26(3), 194-198.
- Alfaro, A. F. (2015). Ética empresarial en la responsabilidad social universitaria. *Aglala*, 4(1), 1-13.
- Alguacil, J. (2000). Calidad de vida y praxis urbana. *Nuevas iniciativas de gestión ciudadana en la periferia de Madrid*. Madrid, España: CIS/Siglo XXI.
- Alguacil, J. (2014). La calidad de vida y el tercer sector: nuevas dimensiones de la complejidad. *Boletín CF+ S*, (3). Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/boletin/n3/a1jalg.html>
- Allison, P. J, Locker, D., y Feine, J. S (1997). Calidad de vida: un constructo dinámico. *Ciencias sociales y medicina*, 45(2), 221-230.
- Almada, A. I. (2000). Formación de recursos humanos y competencia laboral. *Boletín Cinterfor*, 149, 95-107. Recuperado de https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_articulo/ibarra1.pdf
- Alpi, S. V., Quiceno, J. M., y Munévar, F. R. (2016). Calidad de vida en adultos jóvenes colombianos según el sexo: Un estudio descriptivo comparativo. *Salud & Sociedad*, 6(2), 172-180.
- Alva, R. Á., & Morales, P. K. (2017). *Salud pública y medicina preventiva*. Manual Moderno. Recuperado de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yLJZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT16&dq=Alva,+R.+%C3%81.,+%26+Morales,+P.+K.+\(2017\).+Salud+p%C3%BAblica+y+medicina+preventiva.+Manual+Moderno.&ots=1ltV5XE5Kg&sig=mU1v5ejUBIL3_v5FKUC9DnXjiNk#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=yLJZDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT16&dq=Alva,+R.+%C3%81.,+%26+Morales,+P.+K.+(2017).+Salud+p%C3%BAblica+y+medicina+preventiva.+Manual+Moderno.&ots=1ltV5XE5Kg&sig=mU1v5ejUBIL3_v5FKUC9DnXjiNk#v=onepage&q&f=false)
- Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado. *Aquichan*, 4(1), 30-39.
- Álvarez, C. A. (2007). Virtud y potencia en los griegos. *Revista Grafía-Cuaderno de trabajo de los profesores de la Facultad de Ciencias Humanas*, (5), 100-119. Universidad Autónoma de Colombia.
- Álvaro, J. L. (2017). Psicología social de los valores humanos: desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(1), 171-176.
- Alzina, R. B. y Fernández, M. Á. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona, España: Praxis.

Referencias

- Amador, L., y Esteban, M. (2015). Calidad de vida y formación en hábitos saludables en la alimentación de personas mayores. *Revista de Humanidades*, 25, 145-168.
- Amezcuca, M. (2007). Índex y la construcción de una Comunidad de Conocimiento Abierta. *Índex de Enfermería*, 16(58), 7-10.
- Amezcuca, M. (2008). Espacio Europeo de Educación Superior y Formación Continuada de los profesionales: ¿es posible la convergencia? *Índex de Enfermería*, 17(4), 229-230.
- Amezcuca, M. (2018). ¿Por qué afirmamos que la Enfermería es una disciplina consolidada? *Index Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 27(4), 188-190.
- Angermeyer, M. C. y Killian, R. (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En Katschnig, Freeman, Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales*, 19-29. Barcelona: Masson.
- Añorga-Morales, J. A. (2014). La Educación Avanzada y el mejoramiento profesional y humano. *Varona*, (58), 19-31.
- Aponte, V. C. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 152-182.
- Aragónés, J. I. y Amerigo. M. (1987). Satisfacción Residencial Un concepto de Calidad de Vida. *Documentación Social*, 67, 133-154.
- Arango, M. A. (1993). La calidad de vida: Juicios de satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de bienestar. *Revista de Psicología Social*, 8(1), 101-110.
- Arapé, E. (2005). Cambios en la comunicación y en la ética. *Orbis. Revista Científica Ciencias Humanas*, 1(1), 5-12.
- Araque, A. F. (2008). Competencias de las profesiones sanitarias. *Nursing (Ed. española)*, 26(7), 56-64.
- Araque, A. F., Jiménez, E. S., y Olmo, M. I. (2007). Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 3(1), 1-31.
- Araque, A. F., Sola, M. C., & Rodríguez, R. C. (2016). Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. *Enfermería Global*, 15(2), 376-385.

- Araujo, P. (2011). Proceso de Bolonia: un cambio necesario en el profesorado universitario. *Index de Enfermería*, 20(3), 145-146.
- Arciniega, L. y González, L. (2000). Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT 30. *Revista de psicología Social*, 15(3), 281-296.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164.
- Ardila, R. (2004). A psicología latinoamericana: el primer medio siglo. *Interamerican Journal of Psychology*, 38(2), 317-322.
- Argandoña, A. (2009). Algunas tesis para un debate sobre los valores. *Revista Empresa y Humanismo*, III, (1/01), 45-74.
- Argyle, M. (1993). *Psicología y la calidad de vida*. Madrid, España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Arias, J., Vargas, A., Hernández, R., Ramos, M. y Velasco, J. (2008). Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Medicina Interna de México*, 24(1), 16-21.
- Arias, W. L., Montes, I. M., & Masías, M. A. (2014). El modelo demanda control de Karasek y su relación con la creatividad docente en profesores de nivel primario de Arequipa. *Rev. Psico. Trujillo*, 16(1), 64-77.
- Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 41-51.
- Ariza, M. (2007). *El país transnacional: migración mexicana y cambio social a través de la frontera*. UNAM-Instituto de Investigaciones Sociales. Recuperado de <http://ru.iis.sociales.unam.mx:8080/jspui/handle/IIS/4418>
- Ariza-Montes, A., Tirado-Valencia, P., y Fernández-Rodríguez, V. (2017). Valores humanos y voluntariado. Un estudio en personas mayores. *Intangible Capital*, 13(2), 253-281.
- Arnold, E. C. & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal Relationships E-Book: Professional Communication Skills for Nurses*. ST. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences.
- Aron, R. (1981). Max Weber y la política de poder. *Papers: Revista de Sociología*, (15), 33-53.

- Arostegui, I. (1998) *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. España, Bilbao: Universidad de Deusto.
- Arriagada, I. (2004). Transformaciones sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. *Papeles de población*, 10(40), 71-95.
- Asenjo, A., Banqueri, M., y Dios Chacón, M. D. (2012). Cualificación y satisfacción laboral: un estudio sobre los empleos para los que hemos sido formados previamente. *ReiDoCrea*, 1, 4-11. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/21938>
- Aurelio, V. S. (2007). *Aprendizaje basado en competencias: una propuesta para la evaluación de las competencias genéricas*. Bilbao, España: Ediciones Mensajero.
- Avendaño, W. R. y Guacaneme, R. E. (2016). Educación y globalización: una visión crítica. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 16(30), 191-206. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89532016000100014&lng=en&tlng=
- Ávila, M. M., Silva, M. D., y Miranda, J. Y. (2016). Modelo de competencias directivas en escenarios globales para las instituciones de educación superior. *RIDE Revista iberoamericana para la investigación y el desarrollo educativo*, 6(12), 321-333.
- Ávila-Morales, J. C. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229.
- Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., y Rajmil, L. (2005). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 93-102.
- Aymerich-Andreu, M., Casas-Aznar, F., Planes-Pedra, M., y Gras-Pérez, M. E. (2005). El cuidado de los ancianos en el entorno familiar. Valoración de diversos recursos de apoyo mediante grupos de discusión. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 16-23.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J. R., Abanades, J. C., García, N., y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 683-699.

- Badia, M. y Longo, E. (2013). El ocio en las personas con discapacidad intelectual: participación y calidad de vida a través de las actividades de ocio. *Siglo Cero*, 40(2), 30-44.
- Badillo-Reyes, L., López-Castellanos, L. y Ortiz-Ramírez, M. I. (2012). Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(2), 71-78.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5(1), 69-79.
- Balaguer, I., Castillo, I., García-Merita, M., Guallar, A., y Pons, D. (2006). Análisis de la Estructura de Valores en los Adolescentes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(3), 345-357.
- Ballester, R., Gómez, S., Gil, B., Ferrándiz, M. D., y Collado, E. J. (2016). Burnout y factores estresantes en profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(2), 129–136.
- Ballesteros, S., Lorrio, S., & Rollán, J. (2012). Desgaste profesional en los técnicos de emergencias sanitarias del soporte vital básico del País Vasco. *Emergencias (Sant Vicenç dels Horts)*, 24(1), 13-18.
- Barba, L. y Alcántara, A. (2003). Los valores y la formación universitaria. *Reencuentro. Análisis de problemas universitarios*, (38), 16-23.
- Barrantes-Brais, K., y Ureña-Bonilla, P. (2015). Bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista intercontinental de psicología y educación*, 17(1), 101-123.
- Barefoot, J. C. & Schroll, M. (1996). Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93(11), 1976-1980.
- Barrio, B. P. (2018). Calidad, equidad e indicadores en el sistema educativo español. Pulso. *Revista de educación*, (29), 43-58.
- Barrio, I. M., Molina, A., Sánchez, C. M., y Ayudarte, M. L. (2006). Ética de enfermería y nuevos retos. *In Anales del sistema sanitario de Navarra*, 29, 41-47. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Bass, B. M. & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership*. USA, New York: Psychology Press.

Referencias

- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1992). *Manual for the Organizational Description Questionnaire (ODQ)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Bauman, Z. (2015). *Modernidad líquida*. Argentina, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bazán, D. (2017). Pedagogía social y pedagogía crítica: nexos y fundamentos básicos. *Paulo Freire*, (1), 49-61.
- Benavides, B. (2009). Contexto social de la profesión. México, México, DF: Patria.
- Benavides, F. G. (2010). Acerca de la formación de los profesionales de salud pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. *Gaceta sanitaria*, 24, 90-95.
- Benavides, F. G., Moya, C., Segura, A., De la Puente, M. L., Portaa, M. y Amela, C. (2006). Las competencias profesionales en salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 239-243.
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del psicólogo*, 37(1), 69-73.
- Beramendi, M., Espinosa, A. y Ara, S. (2013). Perfiles axiológicos de estudiantes de tres carreras universitarias: funciones discriminantes de tres lecturas de la teoría de Schwartz. *Liberabit*, 19(1), 45-54.
- Bermejo, J. C. y Villaceros, M. (2013). El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. *Actas de la Dependencia*, 9, 59-80.
- Bezerra, F., Taziana, S., Mesquita, A., Costa de Sousa, S. M., Lima, C. M., Carvalho Fernandes, A. F., y Santos, M. D. (2013). Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enfermería Global*, 12(32), 260-269.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M. (1982). *The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. Academic Press, 349-351, Nueva York, United States.
- Bilsky, W., Janik, M., & Schwartz, S. H. (2011). The structural organization of human values-evidence from three rounds of the European Social Survey (ESS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(5), 759-776.
- Bisquerra, R. y Escoda, N. P. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI*, (10), 61-82.

- Blanco, A. (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. *En Morales, Blanco, Huici y Fernández: Psicología social aplicada*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Bobes, J., González, P., Bousoño, M., y Suárez, E. (1993). Desarrollo histórico del concepto de calidad de vida. *Psiquiatría*, 5(6), 5-9. Oviedo, España: Universidad de Oviedo.
- Boix, P., Gimeno, D., Rodrigo, F., y Benavides, F. G. (2005). *Subsistemas científico-técnicos de apoyo a las políticas de salud y seguridad en el trabajo: Estudio comparativo entre diferentes países*. Barcelona: Observatorio de Salud Laboral.
- Bolívar, A. (2001). Los centros educativos como organizaciones que aprenden: una mirada crítica. *Contexto Educativo-Revista Digital de Educación y Nuevas Tecnologías*, 3(18). Recuperado de <http://contexto-educativo.com.ar/2001/4/nota-04.htm>
- Bolívar, A. (2005). El lugar de la ética profesional en la formación universitaria. *Revista mexicana de investigación educativa*, 10(24), 93-123.
- Bolívar, A., Gallego, M. J., León, M. J., y Pérez, P. (2005). Políticas educativas de reforma e identidades profesionales: El caso de la Educación Secundaria en España. *Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 13, 1-51.
- Bond, M. H. y Smith, P. B. (1996). Psicología social y organizacional transcultural. *Revisión anual de psicología*, 47(1), 205-235.
- Borg, I., Hermann, D., Bilsky, W., & Pöge, A. (2019). Do the PVQ and the IRVS scales for personal values support Schwartz's value circle model or Klages' value dimensions model? *Measurement instruments for the social sciences*, 2(1), 3.
- Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Bourdieu, P. (2016). *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*. Madrid, España: Taurus.
- Bousoño, M., González, P., Pedregal, J., y Bobes, J. (1993). Calidad de vida relacionada con la salud. *Psiquiatría*, 5(6), 12-17.

Referencias

- Bragard, I., Dupuis, G., Razavi, D., Reynaert, C., y Etienne, A. M. (2012). Calidad de vida laboral en médicos que trabajan con pacientes con cáncer. *Medicina del trabajo*, 62, 34-40. doi: [10.1093 / occ- med / kqr149](https://doi.org/10.1093/occ-med/kqr149)
- Brickman, P., Coates, D., y Janoff-Bulamn, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1238-1249.
- Bruner, J. (2015). *La educación, puerta de la cultura*. (Vol. 3). España, Madrid: Antonio Machado Libros.
- Brunner, J. J. (2000). Globalización y el futuro de la educación: tendencias, desafíos, estrategias. *Seminario sobre Prospectiva de la Educación en la Región de América Latina y el Caribe*, 1-35.
- Buckley, W. (1968). *Modern Systems Research for the Behavioral Scientist*. Chicago, EUA: Aldine Publishing Company.
- Cabal, V. E. y Guarnizo, M. (2011). Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*, 6(6), 73-81.
- Caballero, K. (2002). El concepto de “satisfacción en el trabajo” y su proyección en la enseñanza. *Profesorado. Revista de Currículum y formación de profesorado*, 6(1-2).
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 5, 491-492.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Revista de Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 7, 53–68.
- Cabrero, G. R. (2006). *Actores sociales y reformas del bienestar*, 24. Editorial CSIC-CSIC Press.
- Calero, P. (2004). La enfermería y la humanización. *Index de Enfermería*, 13(46), 69-70.
- Calero, P., Hueso, C., Pleguezuelos, H., Balanza, S., Merino, M. A., y Merino, J. R. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(226), 35-48.
- Calvo, A., Aguilar, M. C., y Salinas, J.M. (2008) Valores laborales individualistas y colectivistas de enfermeras y enfermeros en un entorno multicultural. *Index de Enfermería*, 17, (4), 246-250. Recuperado de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000400005&lng=es&nrm=iso

- Calvo-Calvo, M. Á. (2013). Características de la formación continuada en comunicación científica impartida a profesionales de la salud. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 16(3), 137-144.
- Camejo, A. J. (2015). Gestión del talento humano y responsabilidad social en las organizaciones empresariales del siglo XXI. *UNESR Gerencia 2000*, (8), 57-76.
- Campbell, A., Converse, P. E., y Rodgers, W. L. (1976). *La calidad de vida de los estadounidenses: percepciones, evaluaciones y satisfacciones*. New York, EUA: Fundación Russell Sage.
- Camps, V. (1990): *Virtudes públicas*. Madrid, España: Espasa Calpe.
- Cancela, R., Cea, N., Galindo, G., y Valilla, S. (2010). Metodología de la investigación educativa: *Investigación ex post facto*. Madrid, España: UCM.
- Canet, O., Roca, J., y Gros, S. (2016). Las competencias: un desafío educativo del Trabajo Final de Grado en enfermería. *Opción*, 2016, 32(7), 313-332.
- Cano-Caballero, M. D. (2004). Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index de Enfermería*, 13(46), 34-39.
- Cantillo, M., Lleopart, T., y Ezquerro, S. (2018). El cuidado informal en tiempos de crisis. Análisis desde la perspectiva enfermera. *Enfermería Global*, 17(50), 515-541.
- Cantril, H. y Allport, G. W. (1933). Aplicaciones recientes del Estudio de valores. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28(3), 259-273. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/h0072616>
- Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2009). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Cardona, D., y Agudelo, H. B. (2007). Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. *Revista de Salud pública*, 9, 541-549.
- Cardona-Arias, J. A. & Higuera-Gutiérrez, L. F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189.
- Cariaga, R. (2014). Grados de hibridación del binomio enseñanza/tecnologías. In *Actas Congreso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Innovación y Educación*. OEI, Bs. Aires.

- Carrasquel, S. R. (2016). ¿Para qué se estudia la calidad de vida laboral? *Revista interamericana de psicología ocupacional*, 17(1), 34-53.
- Carrillo-García, C., Martínez-Roche, M., Gómez-García, C., y Meseguer-de-Pedro, M. (2015). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios de un Hospital Universitario: análisis general y categorías laborales. *Anales de Psicología*, 31(2), 645-650. Recuperado de <http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.169791>
- Carrillo-García, C., Solano-Ruíz, M. D., Martínez-Roche, M. E., y Gómez-García, C. I. (2013). Influencia del género y edad: satisfacción laboral de profesionales sanitarios. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21(6), 1314-20.
- Carvalho, S. R. (2008). Promoción de la Salud," empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria. *Salud colectiva*, 4, 335-347.
- Casares, P. M., Carmona, G., y Martínez-Rodríguez, F. M. (2010). Valores profesionales en la formación universitaria. *Revista electrónica de investigación educativa*, 12, 1-15.
- Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del psicólogo*, 74(1), 46-54.
- Casas, F., González, M., Senders, G., Aymerich, M., Domingo, A., y Valle, A. (2001). Indicadores sociales y psicosociales de calidad de vida de las personas mayores en un municipio. *Psychosocial Intervention*, 10(3), 355-378.
- Casas, J., Repullo, J. R., Lorenzo, S., y Cañas, J. J. (2002). Dimensiones y medición de la calidad de vida laboral en profesionales sanitarios. *Revista de administración sanitaria*, 6(23), 143-160.
- Casas, S. B. y Klijn, T. P. (2006). Promoción de la salud y su entorno laboral saludable. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 14(1), 136-41.
- Castejón, J. L., González, C., Gilar, R., & Miñano, P. (2010). *Psicología de la Educación*. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario.
- Castells, M. (2001). Internet y la sociedad red. *La factoría*, 14(15). Recuperado de <https://revistalafactoria.org/articulos/2018/6/4/internet-y-la-sociedad-red>
- Castro, A. V., García, T. M., Gironés, M. Z., Serrano, S. S., y Ocaña, R. C. (2015). Calidad de vida profesional en trabajadores del área de atención primaria de Toledo. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 4-9.

- Castro, A. y Nader, M. (2006). La evaluación de los valores humanos con el Portrait Values Questionnaire de Schwartz. *Interdisciplinaria*, 23(2), 155-174.
- Castro, A. y Nader, M. (2009). Relación entre los estilos de liderazgo, valores y cultura organizacional: un estudio con líderes civiles y militares. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 40(2), 237-254.
- Casullo, M. M. y Castro, A. (2004). Valores humanos y contextos en población civil y militar [Human Values and contexts in civil and military populations]. *Acción psicológica*, 3(1), 21-30. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.3.1.497>
- Cayón, A. (2008). Estructura de Valores de Schwartz en el personal directivo universitario privado. *Telos: Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 10(3), 403-417.
- Cebrián, P. M. (2017). *Sensibilidad intercultural, satisfacción con la vida y bienestar psicosocial en adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Celemin, J., Mikkelsen, C., y Velázquez, G. (2015). La calidad de vida desde una perspectiva geográfica: integración de indicadores objetivos y subjetivos. *Revista Universitaria de Geografía*, 24(1), 63-84.
- Cella D. F. y Tulsy D. S. (1990). "Definición y metodología. Medición de la calidad de vida actual: aspectos metodológicos". *Oncology*, 4, 29-38.
- Chadwick, E. (1842). *Report to Her Majesty's principal secretary of state for the Home Department, from the Poor Law Commissioners, on an inquiry into the sanitary condition of the labouring population of Great Britain*. HM Stationery Office.
- Cherobim, M. (2004). *La escuela, un espacio para aprender a ser feliz. Ecología de las relaciones para la construcción del clima escolar* (Tesis doctoral). Universidad de Barcelona, Barcelona, España.
- Chiavenato, I. y Sapiro, A. (2017). *Planeación estratégica*. McGraw-Hill Interamericana.
- Chiavenato, I., Villamizar, G. A., y Aparicio, J. B. (1983). *Administración de recursos humanos*, 2. McGraw-Hill.
- Chirinos, N. (2009). Características generacionales y los valores. Su impacto en lo laboral. *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, 2(4), 6.

Referencias

- Cilleros, M. V. y Gómez, M. C. (2016). Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 2365-2374.
- Cohen, E. y Franco, R. (1992). *Evaluación de proyectos sociales*. México DF.: Siglo XXI.
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. En S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 3-25. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Colás, M. P. (2002). La investigación educativa en la (nueva) cultura científica de la sociedad del conocimiento. *En-clave pedagógica*, 4 (2), 77-94.
- Comunidad de Madrid (2015). Consejería de Sanidad Servicio Madrileño de Salud. *Memoria 2015*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017932.pdf>
- Comunidad de Madrid (2016-2019). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2016. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Comunidad de Madrid. Ley 7/2004 de 28 de diciembre, de Medidas en Materia Sanitaria. Boletín Oficial del Estado, de 18 de febrero de 2005, núm. 42, pp. 6018-6021.
- Consejería de Sanidad (2016). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Madrid: Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.; 2016. Recuperado de: <https://goo.gl/h4Ky7k>
- Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería (1989). Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/89, del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias. Recuperado de: <http://www.seeiuc.com/profesio/codigo.htm#Preambulo>.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Protección del título de enfermera. Declaración de posición. 2004. Recuperado de <http://www.icn.ch/pstitle99revsp.htm>

- Consejo Internacional de Enfermeras CIE (2006). Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería 2006 Recuperado de <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf>
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Hernández, F., y Acosta, N. (2013). Calidad de vida laboral y liderazgo en trabajadores asistenciales y administrativos en un centro oncológico de Bogotá (Colombia). *Psicología desde el caribe*, 30(3), 569-590.
- Corzo, J. R. F. (2004). *Los valores y sus desafíos actuales*. Argentina, Buenos Aires: LibrosEnRed.
- Cota, A. (2002). *La importancia de los valores en el desarrollo humano de la organización* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México,
- Csikszentmihalyi, M. (1998). *Creatividad: el flujo y la psicología del descubrimiento y la invención*, 41-71. Barcelona, España: Paidós.
- Cuenca, M. y San Salvador del Valle, R. (2016). La importancia del ocio como base para un envejecimiento activo y satisfactorio. *Revista de psicología del deporte*, 25(4), 0079-84.
- Cummins, R. A. & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Psychosocial Intervention*, 9(2), 185-198.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale: adult: manual* (5th ed. (ComQol-A5)). Burwood Vic.: Deakin University School of Psychology. Recuperado de <http://www.deakin.edu.au/research/acqol/instruments/comqol-scale/comqol-a5.pdf>
- Cummins, R. A. (2000). Calidad objetiva y subjetiva de la vida: un modelo interactivo. *Social Indicators Research*, 52(1), 55-72.
- Cummins, R. A. (Ed.) (1998): *Quality of Life Definition and Terminology: A discussion document from the International Society for Quality of Life Studies*. Blacksbourg: The International Society for Quality-of-Life-Studies.
- D'Angelo, O. (1995). Formación para el desarrollo de proyectos de vida reflexivos y creativos en los campos social y profesional. *Creemos revista hispanoamericana de desarrollo humano y pensamiento*, 5(2), 1-25.
- D'Angelo, O. (1996). *Provida. Autorrealización de la personalidad*. Ed. Academia. La Habana.

Referencias

- Davidov, E. (2010). Testing for comparability of human values across countries and time with the third round of the European Social Survey. *International Journal of Comparative Sociology, Thousand Oaks: Sage, 51(3)*, 171-191.
- Davis, L. E. & Cherns, A. B. (1975). *The Quality of Working Life, Volume Two: Cases and Commentary*, New York: Free Press.
- Davó, M. C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Ronda, E., Ortiz-Moncada, R., y Ruiz-Cantero, M. T. (2009). ¿Quiénes y qué pueden hacer en salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gaceta Sanitaria, 23(1)*, 5-12.
- De los Santos, P. J. (2016). Calidad de vida y procesos educativos. *Revista de Educación Inclusiva, 2(2)*, 1-14.
- De St Aubin, E. (1996). La polaridad de la ideología personal: su fundamento emocional y su manifestación en los sistemas de valores individuales, la religiosidad, la orientación política y los supuestos sobre la naturaleza humana. *Revista de personalidad y psicología social, 71(1)*, 152.
- De Vincezi, A. & Tedesco, F. (2009). La educación como proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los individuos y de la comunidad. *Revista Iberoamericana de Educación, 49(7)*, 5.
- De-Juanas, Á., Limón, M. R., y Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria, (22)*, 11-16. doi: [10.7179/PSRI_2013.22.02](https://doi.org/10.7179/PSRI_2013.22.02)
- Del Cano, M., María, A., & Méndez, J. (2016). El derecho a la salud. Perspectivas tras la crisis. *RDUNED: revista de derecho UNED, 19*, 151-182.
- Del Valle, M. V., Hormaechea, F. y Urquijo, S. (2015). El bienestar psicológico: diferencias según sexo en estudiantes universitarios y diferencias con población general. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC), 7(3)*, 6-13.
- Delamotte, Y. & Takezawa, S. (1984). *Quality of working life in international perspective*. Geneve: International Labour Office (OIT).
- Delfino, G. I., y Zubietta, E. M. (2011). Valores y política: Análisis del perfil axiológico de los estudiantes universitarios de la ciudad de Buenos Aires (República

- Argentina). *Interdisciplinaria*, 28(1), 93-114. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166870272011000100006&lng=es&tlng=es.
- Delgado, P. y Salcedo, T. (2008). Aspectos conceptuales sobre los indicadores de calidad de vida. *La sociología en sus escenarios*, (17).
- Delors, J. (1994). "Los cuatro pilares de la educación", en *La Educación encierra un tesoro*. México: El Correo de la UNESCO.
- Delors, J. (1996.). *Los cuatro pilares de la educación” en la educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/DELORS_S.PDF
- Depaula, P. (2010). *Integración de predictores globales del rendimiento en estudiantes de un instituto militar. Desarrollos y aplicaciones de inteligencia cultural para la defensa* (Tesis de maestría). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Deutsch, K. W. (1957). Las comunicaciones masivas y la pérdida de libertad en la toma de decisiones a nivel nacional: un posible enfoque de investigación para los conflictos interestatales. *Resolución de conflictos*, 1(2), 200–211. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/002200275700100207>
- Di Camillo, O. (1976). *El humanismo castellano del siglo XV*. Valencia, España.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Díaz, M., Castro, D. M., y Cuevas, B. L. (2012). Valores profesionales de enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. *Humanidades Médicas*, 12(2), 289-299. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202012000200011&lng=es&tlng=es
- Diener, E. (1994). Evaluación del bienestar subjetivo: Progreso y oportunidades. *Investigación sobre indicadores sociales*, 31(2), 103-157.
- Dolado, J. J. y Felgueroso, F. (2007). Diferencias de género y temporalidad: El caso de los profesionales superiores en el sector sanitario en España. *Jornadas de*

Referencias

- Usuarios de la MCVL*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y FEDEA, octubre. Recuperado de <http://www.fedea.es/pub/papers/2007/dt2007-24web.pdf>
- Drucker, P. F. (2003). *El management del futuro*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Duarte, D. (2003). Ambientes de aprendizaje: una aproximación conceptual. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, (29), 97-113.
- Durán, M. M. (2010). Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista nacional de administración*, 1(1), 71-84.
- Duran, S. E., García, J., & Prieto, R. (2017). Influencia de la Calidad de Vida en el rendimiento del estudiante universitario. *Caracas: Fondo Editorial UNERMB*.
- Durkheim, E. (1987). *La división del trabajo social* (Vol. 39). Madrid, España: Ediciones Akal.
- Echavarría, C. V. (2003). La escuela: un escenario de formación y socialización para la construcción de identidad moral. *Revista latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud*, 1(2), 15-43.
- Echeita, G., Simón, C., Verdugo, M. A., Sandoval, M., López, M., Calvo, I., y González-Gil, F. (2009). Paradojas y dilemas en el proceso de inclusión educativa en España. *Revista de educación*, 349, 153-178.
- Echeverría, J. (2002). Axiología y ontología: los valores de la ciencia como funciones no saturadas. *Argumentos de Razón Técnica*, 2002, (5), 21-37.
- Echeverría, J. (2016). Ciencia y valores: propuestas para una axiología de la ciencia. *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*. Recuperado de doi: <http://dx.doi.org/10.24310/Contrastescontrastes.v0i0.1540>
- Elbert, C. A. (2015). *Criminología, ciencia y cambio social*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Elizur, D. & Shye, S. (1990). Quality of work life and its relation to quality of life. *Applied Psychology*, 39(3), 275-291.
- Ellis, J. R. & Hartley, C. L. (2004). *Nursing in today's world: trends, issues & management*. Filadelfia, EUA: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Elosua, P. (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 45(2), 67-71.

- Elustondo, S. G., Esquina, E. G., Jiménez, I. V., Gómez, C. L., Cebrián, E. M., y Bardají, M. B. (2010). Estudio de la Calidad de Vida Profesional en trabajadores de Atención Primaria del Área 7 de la Comunidad de Madrid. *Revista de calidad asistencial*, 25(6), 327-333.
- Engel, G. L. (1977). La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Ercilla, M. A. & Tejada, N. B. (1999). La educación en valores: una propuesta pedagógica para la formación profesional. *Pedagogía Universitaria*, 4(3), 1-30.
- Erickson, E. (1977). "La identidad psicosocial", en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, (tomo V, pp. 45-76). Madrid, España: Águila escolar Fundación para la modernización de España.
- Errasti-Ibarrondo, B., Arantzamendi-Solabarrieta, M., & Canga-Armayor, N. (2012). La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 35(2), 269-283. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272012000200009>
- Escámez, J. (1986). Los valores en la pedagogía de la intervención. *AAVV: «Tecnología y educación»*. Barcelona: Ceac.
- Escobar, A. y Fitch, J. M. (2013). Revisión teórica y medida del concepto de calidad de vida. *ACE: architecture, city and environment*, 8(22), 99-122.
- Escuder-Mollon, P. y Manuel, SC (Eds.). (2014) *Educación y calidad de vida de las personas mayores*. Publicaciones de la Universitat Jaume I. Castellón de la Plana, España.
- Escuder-Mollon, P., Esteller-Curto, R., Ochoa, L. y Bardus, M. (2014). Impacto en la calidad de vida de los alumnos mayores a través del aprendizaje permanente. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 131, 510-516.
- España (2013). Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. *Boletín Oficial del Estado*. Recuperado de <https://boe.es/boe/dias/2013/12/10/pdfs/BOE-A-2013-12886.pdf>
- España. (2015). *Personas con empleo, tiempo medio diario dedicado a las distintas actividades*. Instituto Nacional de Estadística. Recuperado de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=12599254724

Referencias

88&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

- España. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- España. Ley 14/1986, de 25 de abril, de General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207 a 15224.
- España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567 a 20588.
- España. Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, de 15 de diciembre de 2006, núm. 299, pp. 44142 a 44156.
- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, 15 de noviembre de 2002, núm. 274, pp. 40126 a 40132.
- España. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, Ordenación De Las Profesiones Sanitarias, de 22 de noviembre de 2003, núm. 280, pp. 41442 a 41458.
- España. Ley 55/2003 de 16 de diciembre, Estatuto Marco Del Personal Estatutario De Los Servicios De Salud, de 17 de diciembre de 2003, núm.301, pp. 44742 a 44763.
- Espindola, A. y Machado, E. F. (2016). Fundamentación teórica de la competencia evaluar información estadística para el profesional de la Medicina. *Humanidades Médicas, 16*(3), 489-503.
- Espinosa, M. y Morris, P. (2002). *Calidad de vida en el trabajo: percepciones de los trabajadores*. Gobierno de Chile, Dirección del Trabajo, Departamento de Estudios.
- Esteller, R., Escuder, P., y Ochoa, L. (2015). Una herramienta para evaluar el impacto de una acción educativa a la calidad de vida de los senior. Sociedad. Integración. Educación. *Actas de la Conferencia Científica Internacional, 2*, 345-352. doi: <http://dx.doi.org/10.17770/sie2013vol2.592>
- Estévez, T. A. (1994). *Calidad de vida y dolor en pacientes oncológicos preterminales* (Tesis de pregrado). Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, La Habana, Cuba.

- Estrada, O. (2012). El profesor ante la formación de valores. Aspectos teóricos y prácticos. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13(3), 240-267.
- Fabelo, J. R. (2015). Los valores y la familia. *Revista Magistralis*, 18(20), 93-114. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11777/490>
- Fajardo, M., y Germán, C. (2004). Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 13(46), 09-12.
- Falcó, A. (2004). La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación médica*, 7(1), 42-45.
- Feather, N. (1990). Bridging the gap between values and actions: Recent applications of the expectancy-value model. *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior*, 2, 151-192. New York: Guilford Press
- Feather, N. (1992). Values, valences, expectations, and actions. *Journal of Social Issues*, 48(2), 109-124.
- Feather, N. (1995). Values, valences, and choice: The influence of values on the perceived attractiveness and choice of alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(6), 1135-1151.
- Felce, D. (1997). Definir y aplicar el concepto de calidad de vida. *Revista de investigación de discapacidad intelectual*, 41(2), 126-135.
- Fergusson, A. y Lanz, R. (2001). El desarrollo sustentable: ¿Paradigma de fin de siglo? *Revista venezolana de economía y ciencias sociales*, 7(1), 105-112.
- Fernández March, A. (2010). La evaluación orientada al aprendizaje en un modelo de formación por competencias en la educación universitaria. *REDU- Revista de Docencia Universitaria*, 18(1), 11-34. Recuperado de <http://red-u.net/redu/index.php/REDU/article/view/144>
- Fernández San Martín, M. I., Moinelo, A., Villanueva, A., Andrade, C., Rivera, M., Gómez, J. M., y Parrilla, O. (2000). Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 139-147.
- Fernández, M. A., Carbajo, A. I., & Vidal, A. F. (2002). Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Atención primaria*, 30(8), 483-489.

Referencias

- Fernández, A. J., Gutiérrez-Castaneda, C., González, F. J., y Vílchez, D. C. (2016). Relación de la inteligencia emocional y la calidad de vida profesional con la consecución de objetivos laborales en el distrito de atención primaria Costa del Sol. *Atención Primaria*, 48(5), 301-307.
- Fernández, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes, España y Cuba* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, Valencia, España.
- Fernández, J. M., Gascón, T. G., García-Olalla, C. M., del Cura González, M. I., Peña, M. D. C. C., & Sánchez, S. G. (2008). Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. *Atención primaria*, 40(7), 327-334.
- Fernández-López, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000200005&lng=es&tlng=es
- Fernández-Losa, N. (2002). El desarrollo profesional de los trabajadores como ventaja competitiva de las empresas. *Cuadernos de Gestión*, 2(1). La Rioja: Universidad de la Rioja.
- Fernández-Ríos, M. (1999). *Diccionario de recursos humanos: organización y dirección* (Vol. 658, No. F36d). Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Fernández-Ríos, M. y Sánchez, J. C. (1997). *Eficacia organizacional: concepto, desarrollo y evaluación*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Ferrater, J. (1979). *Diccionario de Filosofía*. Madrid, España: Alianza.
- Ferreya, H. y Rimondino, R. (2005). Nuevo tópico formativo: “aprender a emprender”. En H. Ferreyra (Ed.), *Actualidad y campo pedagógico. Textos con el pretexto de habilitar el debate. Tomo II*, (pp. 53-63). Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás.
- Fichter, J. H. (1954). La institución familiar en los Estados Unidos. *Revista de estudios políticos*, (78), 85-91.

- Flanigan, A. (1982). A complete analysis of black-white Hackendot, *Internat. J. Game Theory, 11*, 21-25.
- Fontaine, J. R., Poortinga, Y. H., Delbeke, L., & Schwartz, S. H. (2008). Structural equivalence of the values domain across cultures: Distinguishing sampling fluctuations from meaningful variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*(4), 345-365.
- Foucault, M. (2015). *Historia de la locura en la época clásica, I*. México, México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Freire, C., Del Mar, M., Núñez, J. C. y Valle, A. (2017). Estructura factorial de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology, 10*(1), 1-8.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... y Kistnasamy, B. (2015). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educación Médica, 16*(1), 9-16.
- Fronidizi, R. (1945). *El Punto de Partida del Filosofar*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada.
- Fronidizi, R. (1958). *¿Qué son los valores? Introducción a la axiología*. México: Ed. Fondo de Cultura económica. ISBN 978-968-16-5631-7. Recuperado de <https://economyandpublicpolicy.files.wordpress.com/2015/01/2-risieri-que-son-los-valores-a-la-axiologia.pdf>.
- Fronidizi, R. (1992). *¿Qué son los valores?: introducción a la axiología*. México, México DF: Fondo de Cultura Económica. ISBN 968-16-0140-8.
- Fronidizi, R. y Fronidizi, R. (1972). *¿Qué son los valores?: introducción a la axiología*. México, DF México: Fondo de Cultura Económica.
- Fuentes, N. y Rojas, M. (2001). Teoría económica y bienestar subjetivo: México. *Investigación de indicadores sociales, 53*(3), 289-314.
- Fundación Encuentro (2015). *Informe España 2015. Una interpretación de su realidad social*. Madrid, España: Fundación Encuentro. Recuperado de <http://www.carm.es/m/ctra/cendoc/haddock/16810.pdf>

Referencias

- Galimany, J., Roca, M., y Girbau, M. R. (2012). Las tecnologías de la información y la comunicación en los sistemas sanitarios. Un nuevo reto para la enfermera. *Metas de Enfermería*, 2012, 15(3), 6-10.
- Gallardo, R. M. (2017). El Aprendizaje-Servicio como una estrategia inclusiva para superar las barreras al aprendizaje ya la participación. *Revista de Educación Inclusiva*, 5(1), 71-82.
- Gallego, J. P. (2014). Teorías de valor: modelos e implicaciones educativas. *Revista de Psicología y Educación*, 9(1), 129-149.
- Gallego, J. P. (2015). *Estilo de toma de decisiones y axiomas que estructuran el sistema de valores de los adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Gallegos, W. L. (2012). Revisión histórica de la salud ocupacional y la seguridad industrial. *Revista cubana de salud y trabajo*, 13(3), 45-52.
- Gamarra, M. M. y Mar, R. R. (2010). De la calidad de la vida laboral a los riesgos Psicosociales: evaluación de la calidad de vida laboral. *Acciones e investigaciones sociales*, (28), 5-55.
- Gancedo, P. M. (2017). *Cuidar profesionalmente. Una aproximación a la profesión enfermera en España* (p. 1). Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- García del Castillo, J. A. (2015). Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Salud y drogas*, 15(1), 5-13.
- García Moyano, L. (2015). La ética del cuidado y su aplicación en la profesión enfermera. *Acta bioethica*, 21(2), 311-317.
- García, F. J., De-Juanas, Á., & López, F. (2016). La práctica de ocio deportivo de los jóvenes en situación de vulnerabilidad. *Revista de Psicología del deporte*, 25(4), 27-32.
- García, I., Gálvez, M., & Rodríguez, A. (2009). Calidad de vida profesional y burnout en técnicos de drogodependencias: análisis comparativo con otros grupos profesionales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(217), 12-26.
- García, J. M., López, R. M., & Broncano, S. G. (2017). *Nuevos escenarios y retos socioeconómicos tras la crisis. Una perspectiva comparada España y Europa*. Midac, S. L.

- García, M. I., Biedma, L., Serrano del Rosal, R., y Ranchal, J. (2017). Los debates se concretan: la universalidad revertida en el sistema español de salud. *Index de Enfermería*, 26(3), 195-199.
- García, M., Cárdenas, L., Arana, B., Monroy, A., Hernández, Y., y Salvador, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto & Contexto Enfermagem*, 20.
- García, P. C., Díaz, E. R., y Velasco, R. D. (2016). *Salud familiar y enfermería*. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno.
- García, R., Grimaldo, M., y Manzanares, E. L. (2016). Jerarquía de valores entre estudiantes de secundaria de colegio religioso y colegio laico de Lima. *Liberabit*, 22(2), 229-238.
- García, S. (1993). La qualitat de vida profesional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*; 11, 4-9. 36.
- García, V. A., Barbero, F. L., y Muñoz, R. C. (2017). Evaluación de la jerarquía de los valores humanos de Schwartz en la adolescencia: diferencias de género e implicaciones educativas. *Revista Brasileira de Educação*, 22(68), 123-146.
- García-Aretio, L., Ruiz, M., y Domínguez, D. (2007). *De la educación a distancia a la educación virtual* (p. 303). Barcelona, España: Ariel.
- García-Calvente, M. D., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta sanitaria*, 18, 83-92.
- García-Riaño, D. (1991). Calidad de vida: Aproximación histórico-conceptual. *Boletín de Psicología*; 30, 55-94.
- García-Riaño, D. y Ibáñez, E. (1992). Calidad de vida en enfermos físicos. *Rev Psiquiatría*, 19(4), 148-161.
- García-Viniegras, C. R. (2005). El bienestar psicológico: Dimensión subjetiva de la calidad de vida. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 8(2), 20.
- García-Viniegras, C. R. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010&lng=es&tlng=pt.

Referencias

- Gardner, H. (1997). *Mente no escolarizada. Como piensan los niños y como deberían enseñar las escuelas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Garzón, A. y Garcés, J. (1989). Hacia una conceptualización del valor. A. Rodríguez y J. Seoane. *Creencias, actitudes y valores*, 365-407.
- Garzón, N. (2005). Ética profesional y teorías de enfermería. *Aquichan*, 5(1), 64-71.
- Gastañaga, M. C. (2012). Salud Ocupacional: Historia y retos del futuro. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica*, 29(2), 177-178.
- Gervas, J. y Meneu, R. (2010). Las crisis de salud pública en una sociedad desarrollada. Aciertos y limitaciones en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24, 33-36.
- Gibbons, M., Limoges, C., Nowotny, H., Schwartzman, S., Scott, P. y Trow, M. (1997). La nueva producción del conocimiento. *La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*, 121.
- Giddens, A. y Muñoz de Bustillo, F. (2007). *Sociología*. España, Madrid: Alianza.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Electrónica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R., Carretero, N., y Roldán, M. D. (2005). Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 11.
- Giner, S. (2010). *Sociología*. España, Barcelona: Ediciones Península S.A.
- Girola, L. (2005). *Anomia e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*. México, DF México: Rubí, Anthropos, Editorial del Hombre. Coeditado con la Universidad Autónoma Metropolitana.
- Giroux, H. (1990). *Los profesores como intelectuales* (pp. 171-178). Barcelona: Paidós.
- Gómez, A. G. (2013). La formación integral de estudiantes de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 15(2), 153-172.
- Gómez, E. L. (2017). Educación en valores. *Revista Raites*, 3(6), 69-87.
- Gómez, J. L. (2009). *Trastornos del espectro autista y calidad de vida: guía de indicadores para evaluar organizaciones y servicios*. Madrid, España: Editorial La Muralla.
- Gómez, M. S., Galvis-Aponte, L. A., y Royuela, V. (2015). Calidad de vida laboral en Colombia: un índice multidimensional difuso. *Documento de Trabajo*, 230, 1-44.

- Gómez, M. y Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca, España: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- Gómez, P. y Morales, J. M. (2004). Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería*, 13(44-45), 26-31.
- Gómez-Aguilar, M. (2007). *La comunicación en las organizaciones para la mejora de la productividad: El uso de los medios como fuente informativa en empresas e instituciones andaluzas* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga, Málaga, España.
- Gómez-Vela, M. G. (2004). *Evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades educativas especiales y sin ellas*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, F. y Patiño, J. F. (2017). La Epistemología Cualitativa y el estudio de la subjetividad en una perspectiva cultural-histórica. Conversación con Fernando González Rey. *Revista de Estudios Sociales*, (60), 120-127.
- González, I. B., Melo, N. A., y Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios gerenciales*, 31(134), 8-19.
- González, L. (2006). *Calidad de vida laboral y formación de valores: una estrategia imprescindible*. La Habana. Cuba: Universidad de La Habana.
- González, M. G. (2016). Dimensión interna de la responsabilidad social empresarial desde la óptica de la gestión de recursos humanos| Internal dimension of corporate social responsibility from the optics of human resources management. *Saber*, 28(4), 794-805.
- González, P., Peiró, J. M., y Bravo, M. J. (1996). Calidad de vida laboral. *Tratado de psicología del trabajo*, 2, 161-186.
- González, R., Hidalgo, G., y Salazar, J. G. (2007). Calidad de Vida en el trabajo. Un término de moda con problemas de conceptualización. *Psicología y salud*, 17(1), 115-123.

Referencias

- González, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista cubana de salud pública*, 28(2), 157-175.
- González, V. (2000). La educación de valores en el curriculum universitario.: Un enfoque psicopedagógico para su estudio. *Educación Médica Superior*, 14(1), 74-82.
- González, V., Kraftchenko, O., Ojalvo, V., y Rojas, A. R. (2000). *La Educación de Valores en el contexto Universitario*. La Habana, Cuba: CEPES.
- González-Olivares, Á. L., De-Juanas, Á., & Bravo, A. E. (2015). Políticas de empleo juvenil en Europa. Análisis de prioridades y estrategias. *Historia Social y de la Educación*, 4(1), 27-48.
- González-Rey, F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Diversitas*, 4(2), 225-243.
- Gordon, L.V. (2003). *SPV. Cuestionario de Valores Personales*. Madrid, España: TEA.
- Gorostegui, E. P. (2012). *Función directiva y recursos humanos en sanidad*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.
- Gouveia, V. V. (1998). *La naturaleza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Gouveia, V. V. (2003). A natureza motivacional dos valores humanos: Evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de psicologia*, 8(3), 431-443.
- Gouveia, V. V. (2013). Teoría funcionalista dos valores humanos. *Fundamentos, aplicações e perspectivas*. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo
- Gouveia, V. V., Martínez, E., Meira, M., & Milfont, T. L. (2001). A estrutura e o conteúdo universais dos valores humanos: análise fatorial confirmatória da tipologia de Schwartz. *Estudos de psicologia*, 6(2) 133-142.
- Gouveia, V. V., Santos, W. S., Milfont, T. L., Fischer, R., Clemente, M., y Espinosa, P. (2010). Teoría funcionalista de los valores humanos en España: Comprobación de las hipótesis de contenido y estructura. *Interamerican Journal of Psychology*, 44(2), 213-224.
- Gouveia, V. V., Vione, K. C., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2015). Patterns of value change during the life span: Some evidence from a functional approach to values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41(9), 1276-1290.

- Gracia, D. y Cortina, A. (2010). *La cuestión del valor discurso de recepción del académico de número Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: Evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 327-342.
- Grad, H. M. y Schwartz, S. H. (1998). Aspectos culturales en la estructura de los cuestionarios de valores CVS y RVS. *Revista de Psicología Social*, 13(3), 471-483.
- Grad, H., Ros, M., Álvaro, J. L., y Torregrosa, J. R. (1993). Influencias de factores universales, culturales y ocupacionales en el sistema personal de valores en España. *Interacción Social*, 3, 181-199.
- Granados, I. (2011). Calidad de vida laboral: historia, dimensiones y beneficios. *Revista de investigación en Psicología*, 14(2), 209-221.
- Grande, M. J. (2010). Convivencia escolar. Un estudio sobre buenas prácticas. *Revista de paz y conflictos*, 3, 154-169.
- Grimaldo, M. (2008a). Valores en un grupo de policías de tránsito de la ciudad de Lima, Perú. *Diversitas*, 4(2), 291-304.
- Grimaldo, M. (2008b). Valores hacia el trabajo en un grupo de policías de tránsito de Lima metropolitana. *Liberabit*, 14(14), 71-80.
- Grimaldo, M. (2010a). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento psicológico*, 8(15), 17-38.
- Grimaldo, M. (2010b). Valores en un grupo de Abogados de la ciudad de Lima. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 230-255.
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185.
- Grimaldo, M. y Bossio, M. A. (2015). Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima. *Revista latinoamericana de psicología*, 47(1), 50-57.
- Guaman, M. (2013). *Valores y estilo de vida en niños, niñas y adolescentes de octavo y noveno año de educación general básica, estudio realizado en el Instituto Tecnológico Superior "Primero de Mayo" de la ciudad de Yantzaza en el año*

Referencias

- lectivo 2012-2013* (Tesis doctoral). Universidad Técnica Particular de Loja, Centro Universitario Zamora, Zamora, Ecuador.
- Guevara, C. A., Henao, D. P., & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia médica*, 35(4), 173-178.
- Guillart, L. M. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. *Revista Cubana de Oftalmología*, 28(2), 228-233.
- Haas, B. K. (1999). Un concepto multidisciplinar del análisis de la calidad de vida. *Revista occidental de investigación en enfermería*, 21(6), 728-742.
- Hagerty, M. R., Cummins, R., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., ... & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 71(1), 58-78.
- Hartman, R. S. (1959). *La estructura del valor: Fundamentos de la axiología científica*. México, DF México: Fondo de Cultura Económica.
- Hartman, R. S. (1973). *The Hartman Value Profile (HVP)*. Muskegon, MI.: Research Concepts.
- Henckmann, W. (2004). Teoría de la cosmovisión natural en Scheler. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (32), 79-94.
- Hernández, D. y Ramírez, A. (2015). Formación para el desarrollo de proyectos de vida reflexivos y creativos en los campos social y profesional. *Revista Creemos Internacional*, 5(2).
- Hernández, O. S. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista Cubana de Psicología*, 17(3), 270-276.
- Hernández, P. A., Ramírez, M. A., y Sánchez, D. C. (2008). Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. *Investigación y educación en enfermería*, 26(2), 218-225.
- Hernández, P. N. y Paipa, N. D. (2010). Consideraciones críticas acerca de la formación por competencias en las universidades colombianas. *Teuken Bidikay*, (1), 185-206.
- Hernández-Cortina, A. y Guardado de la Paz, C. (2004). La enfermería como disciplina profesional holística. *Revista cubana de enfermería*, 20(2), 1-1.

- Hernández-Vargas, C. I., Llorens-Gumbau, S., y Rodríguez-Sánchez, A. M. (2014). Empleados saludables y calidad de servicio en el sector sanitario. *Anales de psicología*, 30(1), 247-258.
- Hernando, M. A. (1999). *Los valores cívico-sociales en la juventud* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- Herrera, R. y Cassals, M. (2005). Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, 21(1), 1-1.
- Herrera-Amaya, G. y Manrique-Abril, F. G. (2008). Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería. *Aquichan*, 8(2), 243-256.
- Herrero, S. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Ene*, 10(2). ISSN 1988-348X. Recuperado de <http://ene-quotenfermeria.org/ojs>
- Higueta-Gutiérrez, L. F. y Cardona-Arias, J. A. (2015). Calidad de vida relacionada con la salud en adolescentes: revisión sistemática de las investigaciones publicadas en el periodo 1970-2013. *Revista Médicas UIS*, 28(1), 23-30.
- Hilda, M. y Aguirre, G. (2018). *Grado de motivación por el trabajo y su relación con el desempeño laboral en enfermeras servicios de medicina*. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2506>
- Hodelín, R. y Fuentes, D. (2014). El profesor universitario en la formación de valores éticos. *Educación Médica Superior*, 28(1), 115-126.
- Hofstede, G. (1980). *Masculinity and femininity: Te taboo dimension of national cultures*. Thousand Oaks, California, EUA: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International Differences in work related values*. London: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. Londres, UK: McGraw-Hill.
- Husserl, E. (1992). El artículo "Fenomenología" de la Enciclopedia Británica. En M. Reyes Mate (Ed.). *Invitación a la fenomenología* (2ª reimpresión, pp. 35-73). Barcelona: Editorial Paidós.
- Icart, M. T., Pulpón, A. M., Pedreny, R., Úbeda, I., y Roca, M. (2003). Nursing Training in the community: evaluation of a sample of nursing tutors. *Educación Médica*, 6(4), 143-148. Recuperado de

Referencias

- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132003000500006&lng=es&tlng=en
- Illada, R., Zambrano, C., y Ortiz, F. (2009). Sujeto, empresa, universidad y contexto social: Espacios de interacción. *Educere*, 13(45), 341-350.
- Imbernon, F. C. (1999). *La educación en el Siglo XXI: los retos del futuro inmediato*. Barcelona, España: Editorial Graó.
- Imhoff, D. & Brussino, S. (2013). Estudio Exploratorio de las Características Psicométricas del Portrait Values Questionnaire en el contexto de Córdoba/Argentina. *Revista Colombiana de Psicología*, 1, 135-149.
- Inglehart, R. (1977). *The silent revolution: changing values and political styles among western publics*. USA, Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. USA, Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R. (1997). *Modernización y posmodernización: cambio cultural, económico y político en 43 sociedades*. USA, Princeton: Princeton University Press.
- Inglehart, R. y Carballo, M. (2008). ¿Existe Latinoamérica?: Un análisis global de diferencias transculturales. *Perfiles latinoamericanos*, 16(31), 13-38.
Recuperado de
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532008000100002&lng=es&tlng=es
- Inglehart, R., Basanez, M., Diez-Medrano, J., Halman, L., & Luijkx, R. (2000). *World values surveys and European values surveys, 1981-1984, 1990-1993, and 1995-1997*. Ann Arbor-Michigan, Institute for Social Research, ICPSR version.
- Instituto Nacional de Estadística (2017). *España en cifras 2017*. Recuperado de https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- Izal, M. y Fernández-Ballesteros, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198.
- Jaén, I. (2010). *Una revisión teórica de los valores en el estudio de la intención emprendedora*. Sevilla, España: Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://institucional.us.es/vie/documentos/resultados/ValoresIntencionEmprendedoraInmaJaen.pdf>.

- Jiménez, A. y Moyano, E. (2008). Factores laborales de equilibrio entre trabajo y familia: medios para mejorar la calidad de vida. *Universum (talca)*, 23(1), 116-133.
- Jiménez, B. M. y Gómez, C. X. (1996). *Evaluación de la calidad de vida. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid.
- Johnston, C. S. (1995). La encuesta de valor de Rokeach: estructura subyacente y escalamiento multidimensional. *La revista de psicología*, 129(5), 583-597.
- Jover, J. N. (2008). Democratización de la ciencia y geopolítica del saber ¿quién decide? ¿quién se beneficia? *Pensar Ciencia, Tecnología y Sociedad*, 54.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. USA, New York: Basic Books.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. (1989). The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *Int. J Health Serv.*, 19, 481-508.
- Keynes, J. M. (1940). On a method of statistical business-cycle research. A comment. *The Economic Journal*, 154-156.
- Kluckhohn, C. (1951): *Values and Value-Orientations in the Theory of Action*. En Talcott Parsons y Edward Shils: *Toward a General Theory of Action*. (pp. 388-433) Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Kluckhohn, C. (1968). Los valores y las orientaciones de valor en la teoría de la acción. En T. Parsons y E. A. Shils (Eds.), *Hacia una Teoría General de la Acción* (pp. 435-471). Buenos Aires, Argentina: Kapelusz.
- Kluckhohn, F. & Strodtbeck, F. (1961). *Variations in Value Orientation*. Row Peterson And Co, Evanston.
- Koivula, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (2000). Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*, 8, 149-158.
- Labarca, C., Massardo, L., García, L., y Jacobelli, S. (2003). Evaluación del tratamiento con infliximab en enfermos con artritis inflamatoria refractaria a drogas habituales. *Revista Médica de Chile*, 131, 1157-1164.

Referencias

- Laca, F. A., Verdugo, J. C., & Guzmán, J. (2005). Satisfacción con la vida de algunos colectivos mexicanos: una discusión sobre la psicología del bienestar subjetivo. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 10(2), 325-336.
- Lagunas, L. F. (2013). Internacionalización: nuevos desafíos para el desarrollo de la ciencia del cuidado en salud y enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1013-1015. doi: [10.1590/S0080-623420130000500001](https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500001)
- Lamas, M. (2015). La bioética: proceso social y cambio de valores. *Sociológica México*, (22).
- Landa, S. U., Rovira, D. P., y López, S. M. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. *In Psicología social, cultura y educación*, 301-326. Pearson Educación.
- Lapeña, Y. (2012). *Estudio fenomenológico de las relaciones interpersonales laborales: La mirada del personal de enfermería de las diferentes unidades del Hospital General Santa Bárbara de Soria* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Latouche, S. (1996). Nivel de vida. *Diccionario del Desarrollo*, 176.
- Lau, R. S. (2000). Quality of work life and performance. An ad hoc investigation of two elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry Management*, 11(5), 422-437.
- Lawton, M. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45, 181-183.
- Lawton, M.P. (1975). Competence, environmental press and adaptation. In P. G. Windley, T. O. Byerts & G. Ernst (Eds.): *Theory development in environment and aging*. USA, Washigton D.C.: Gerontological Society.
- Leahey, T. H. y Goenechea, A. S. (2013). *Historia de la psicología*. Pearson Educación.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *The American journal of psychiatry*, 139(10), 1271-1276.
- Lemke, J. L. (2006). Investigar para el futuro de la educación científica: nuevas formas de aprender, nuevas formas de vivir. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, 24(1), 5-12.
- Levi, L. y Anderson, L. (1980). La tensión psicosocial. *Población, ambiente y calidad de vida*. México, DF México: Manual Moderno.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. USA, Nueva York: McGraw-Hill.

- Lezaun, J. Y. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* (No. 11002). IMSERSO. Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13286.pdf>
- Lida, C. E. (1997). ¿Qué son las clases populares? Los modelos europeos frente al caso español en el siglo XIX. *Historia social*, 3-21.
- Lila, M., Musitu, G., y Buelga, S. (2000). Adolescentes colombianos y españoles: diferencias, similitudes y relaciones entre la socialización familiar, la autoestima y los valores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(2), 301-319.
- Llinares, L., Molpeceres, M. A., & Musitu, G. (2001). La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia. *Anales de psicología*, 17(2), 189-200.
- López Quintás, A. (2008). El conocimiento de los valores. In *Anales del Seminario de Historia de la Filosofía* (Vol. 25). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- López, C. (2010). Comportamiento humano y valores (Determinación y medición). *Omnia*, 4(1). Recuperado de <https://produccioncientificaluz.org/index.php/omnia/article/view/6997/6986>
- López-González, L., Kareaga, A. A., Herrero-Fernández, D., y Alzina, R. B. (2016). Validación de una escala de Habilidades y Estados de Relajación-Mindfulness para adolescentes. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 30(3), 93-105.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., y Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. *Rev Assoc Med Bras*, 56(1), 81-91.
- Lucero, P. I., y Celemín, J. P. (2008). La calidad de vida de la población en la determinación de la calidad territorial. Un estudio de autocorrelación espacial aplicado a la ciudad de Mar del Plata, Argentina. *GeoFocus: Revista Internacional de Ciencia y Tecnología de la Información Geográfica*, (8), 94-114.
- Luengo, C. y Paravic, T. (2016). Autonomía Profesional: Factor clave para el ejercicio de la enfermería basada en la evidencia. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 42-46.
- Luhmann, N. y Torres, J. (1998). *Teoría de los sistemas sociales*. México, DF México: Universidade Iberoamericana.
- Luzuriaga, L. (1982). *Historia de la Educación y de la Pedagogía* (No. 37.013 (091)). Argentina, Buenos Aires: Editorial Losada.

- Manso, J., Sánchez, M. T., y Peña, I. (1998). La escala de valores de Rokeach en una muestra de estudiantes de Servicio Social. *Revista de Servicio Social*, 1(1). Recuperado de <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero1/articulos/a5/articulo5.htm>
- Marchesi, A. (2003). Significado del fracaso escolar en España. En A. Marchesi (ed.), *El fracaso Escolar: Una perspectiva internacional*, 25-50.
- Marchesi, Á., Palacios, J., & Coll, C. (2017). *Desarrollo psicológico y educación*. España, Madrid: Alianza Editorial
- Marchesi, A., Tedesco, J. C., y Coll, C. (2011). Calidad, equidad y reformas en la enseñanza. *Centro de Altos Estudios Universitarios de la Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI). Fundación Santillana. Colección METAS EDUCATIVAS, 2021.*
- Marente, J. A. y Cándido, C. G. (2007). Educación en valores y profesorado. *Revista educación en valores*, (7), 108-118.
- Marín, R. (1993). *Los valores, objetivos y actitudes en educación*. Valladolid: Miñon.
- Markus, H. R. y Kitayama, S. (1991). La cultura y el yo: implicaciones para la cognición, la emoción y la motivación. *Revisión psicológica*, 98(2), 224.
- Marroyo, F. S. (2003). *La España del siglo XX: economía, demografía y sociedad* (Vol. 195). Madrid, España: Ediciones AKAL.
- Martín, A. D. (2005). Calidad de Vida Laboral y Psicología Social de la Salud en el Trabajo: hacia un modelo de componentes comunes para explicar el bienestar laboral psicológico y la salud mental de origen psicosocial. Resultados preliminares. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (56), 57-98.
- Martín, J., Cortés, J. A., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., y Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP-35). *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 129-136.
- Martín, M. Á. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología*, (6), 18-39.
- Martín, M. L. y Rebollo, E. C. (2017). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del Cuidado Enfermero*. Barcelona, España: Elsevier Health Sciences.
- Martínez Martín, M. L. (2007). 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación médica*, 10(2), 93-96.
- Martínez, J. A. (2010). En torno a la axiología y los valores. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.

- Martínez, J. E., Tobón, S., y Romero, A. (2017). Problemáticas relacionadas con la acreditación de la calidad de la educación superior en América Latina. *Innovación educativa (México, DF)*, 17(73), 79-96.
- Martínez, J. J., Vergel, M., & Zafra, S. L. (2015). Validez de instrumento para medir la calidad de vida en la juventud: VIHDA. *Revista Logos, Ciencia & Tecnología*, 7(1), 17-26.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- Maslow, A. (1959). *New Knowledge in Human Values*. Oxford, England: Harper.
- Mathisen, L., Andersen, M. H., Veenstra, M., Wahl, A. K., Hanestad, B. R., y Fosse, E. (2007). La calidad de vida puede influir y ser un resultado de las percepciones de salud general después de la cirugía de corazón. *Resultados de salud y calidad de vida*, 5(1), 27.
- Maura, V. G. (2002). ¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica. *Revista Cubana de Educación Superior*, 22(1), 45-53.
- Mazuecos, F. J. (2015). Revisión documental de calidad de vida profesional de sanitarios de enfermería. *Opción: Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, (5), 1075-1096.
- Mazuecos, F. J. (2016). *Revisión documental Valores insertos en su labor profesional de los enfermeros en la Comunidad de Madrid*. II Jornada de Doctorandos Facultad de Educación de Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid, España. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/303585817>
- Mazuecos, F. J. (2017). Continuing Education and Professional Life Quality of the Nursing Community of Madrid. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 18(1), 2271-2289. Recuperado de <https://tinyurl.com/y3onk4x7>.
- Mazuecos, F. J., y De-Juanas, A. (2015). La preparación a la jubilación dentro del proyecto de vida de profesionales en entornos hospitalarios. En A. De-Juanas., y A. Fernández (Eds.). *Pedagogía social, universidad y sociedad*, 111-123. Madrid, España: Editorial UNED. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5259883>
- Mazurek, H. (2018). *Espacio y territorio: instrumentos metodológicos de investigación social*. Bolivia, La Paz: IRD Éditions.

Referencias

- McKevitt, C., Redfern, J., La-Placa, V., & Wolfe, C. D. (2003). Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clinical Rehabilitation*, 17(8), 865-870.
- Mejía, I. A. O., Morales, S. C., Orellana, P. C., y Lorenzo, A. F. (2017). Efecto de las actividades físicas en la disminución del estrés laboral. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(3). Recuperado de <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/382/152>
- Melgarejo, L. M. (2014). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, (8), 47-53.
- Melgarejo, L. M. y Ballén, M. N. (2010). Profesionales de enfermería y cuidado en las condiciones laborales actuales. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(2), 55-92.
- Méndez Venegas, J. (2019). Estrés laboral o síndrome de 'burnout'. *Acta Pediatr Mex*. 2004, 25(5), 299-302.
- Méndez, C., Barra, R., y Pradines, C. (2007). Percepción de calidad de vida en personal de atención primaria de salud. *Index de Enfermería*, 16(58), 31-33.
- Mendoza, A. H., Martínez, O., y Rodríguez, X. (2009). Formación de valores ético-morales en el profesional de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 31(6), 0-0.
- Meneu, R. y Ortún, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad: También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25, 333-338.
- Mercado, A. y Hernández, A. V. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencia*, 17(53), 229-251.
- Merchán, P., Eugenia, M., y Tobón Correa, O. (2005). Sentido del rol de profesional de enfermería en el primer nivel de atención en salud. *Index de Enfermería*, 14(51), 19-23.
- Merchante, C. V., Gago, S. S., y Abad, D. D. (2017). Discurso del profesorado en torno a la sociedad, la familia, la docencia y su función social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (72), 28-56.
- Merton, R. (1938). "Social structure and anomie". *American Sociological Review*, 3, 672-682.
- Merton, R. (1965). *Éléments de théorie et de méthode sociologique*. París, Francia: Librairie Plon.

- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2017). *Portal Estadístico- Proyecto NIPE-Normalización de las intervenciones para la Práctica de la Enfermería*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/proyecNIPE.html>.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *NTP 421: "Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
- Ministerio de trabajo, migraciones y Seguridad Social. *Encuesta de Calidad de Vida en el trabajo, 2010*. Recuperado de <http://www.mitramiss.gob.es/es/estadisticas/index.htm>.
- Molano, O. L. (2007). Identidad cultural un concepto que evoluciona. *Opera*, 7(7), 69-84.
- Molina, J. M., Avalos, F., Valderrama, L. J., y Uribe, A. F. (2009). Factores relacionados con la satisfacción laboral de enfermería en un hospital médico-quirúrgico. *Investigación y educación en enfermería*, 27(2), 218-225.
- Montero, M. (2006). Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. *La tensión entre comunidad y sociedad* (1ª ed. 3ª reimp). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Montiel, G. G. (2016). *Estudios sobre la cultura y las identidades sociales*. México, Guadalajara: ITESO.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., Maas, M. L., & Faan, P. R. (Eds.). (2018). *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud 6ª edición*. España, Madrid: Elsevier.
- Moral, P. A., Gascón, M. L., y Abad, M. L. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1), 45-70.
- Moral, P., Frías, A., Grande, M. L., Hernández, M. L., y Del Pino, R. (2005). El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index de enfermería*, 14(48-49), 50-53.
- Morales, P. (2013). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de test, escalas y cuestionarios*. Madrid, España: Universidad Pontificia Comillas.

- Recuperado de
<http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf>
- Morán-Barrios, J. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405.
- Morelos-Gómez, J. y Fontalvo-Herrera, T. J. (2014). Análisis de los factores determinantes de la cultura organizacional en el ambiente empresarial. *Entramado*, 10(1), 96-105.
- Moreno, A. y Rodríguez, E. (2016). Informe de juventud en España 2012. *Metamorfosis*, 112-118.
- Moreno, J. E. y Marcaccio, A. (2017). Escala de valores relativos al trabajo: propiedades psicométricas de una versión en castellano revisada/Work Values Scale: psychometrics properties of a revised Spanish version. *Praxis*, (22), 65-78.
- Moreno, L. (Ed.). (2009). *Reformas de las políticas del bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno, N., Rodríguez, A., Torres, J; Mendoza, N., y Vélez, L. (2006). El horizonte y la mirada. En N. Moreno; A. Rodríguez; J. Torres; N. Mendoza; L. Vélez. *Tras las huellas del saber pedagógico*. 15-60. Bogotá, Colombia: Universidad pedagógica Nacional.
- Moreta, R., Gabior, I., y Barrera, L. (2017). El bienestar psicológico y la satisfacción con la vida como predictores del bienestar social en una muestra de universitarios ecuatorianos. *Salud & Sociedad*, 8(2), 172-184.
- Moriano, J. A., Trejo, E. y Palací F. J. (2001). El perfil psicosocial del emprendedor: un estudio desde la perspectiva de los valores. *Revista de Psicología Social*, 16(2), 229-242. doi: [10.1174/021347401317351152](https://doi.org/10.1174/021347401317351152)
- Morillo, I. (2006). Nivel de satisfacción del personal académico del Instituto Pedagógico de Miranda *Revista Universitaria de Investigación*, 1(1): 143-47
- Morin, E. (2000). *La mente bien ordenada: repensar la reforma, reformar el pensamiento*. Barcelona, España: Seix Barral.
- Moscovici, S. (2002). *Psicología social*, 1. España, Barcelona: Anthropos Editorial.

- Moya, S. (2011). Motivación y satisfacción de los profesionales de enfermería: investigación aplicada en un área quirúrgica. Cantabria, España: Universidad de Cantabria. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10902/477>
- Moyano, E. y Priego, C. (2009). Marco teórico para analizar las relaciones entre paisaje natural, salud y calidad de vida. *Sociedad Hoy*, (16), 31-44.
- Mugarra, C. G., Pérez, H., y Bujardón, A. (2011). Consideraciones sobre la educación en valores a través de los medios de enseñanza-aprendizaje. *Humanidades Médicas*, 11(3), 538-558.
- Munuera, J. N., Mateo, M. Á., Albert, M. E., y Tijerina, M. (2015). *Psicología para ciencias de la salud: estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. C., & Galán, J. M. (2014). La Relación de ayuda en Enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 229-233.
- Murga, M. (2015). Competencias para el desarrollo sostenible: las capacidades, actitudes y valores meta de la educación en el marco de la Agenda global post-2015. *Foro de Educación*, 13(19), 55-83. doi: <https://doi.org/10.14516/fde.2015.013.019.004>
- Murillo, A. C. (2003). Sentido, valores y creencias en los jóvenes. Madrid, España: Instituto de la Juventud.
- Musitu, G. (2000). Socialización familiar y valores en el adolescente: un análisis intercultural y de género. *Revista de estudios de Juventud*, (73), 25-37.
- Musitu, G. y Buelga, S. (2004). Desarrollo comunitario y potenciación (empowerment). *Introducción a la psicología comunitaria*, 10, 167-193.
- Musitu, G., Moreno, D., & Martínez, M. (2005). La escuela como contexto socializador. *Ser Adolescente Hoy*. Madrid, España: FAD.
- Nader, M. y Solano, A. (2007). Influencia de los valores sobre los estilos de liderazgo: Un análisis según el modelo de liderazgo transformacional-transaccional de Bass. *Universitas Psychologica*, 6(3), 689-698.
- Nader, M., Lupano, M., y Castro, A. (2006). Adaptación y validación del Organizational Description Questionnaire: Un estudio con población civil y militar. *Revista de Psicología*, 24(2), 151-173.
- Nadler, D. A. y Lawler, E. E. (1983). Calidad de vida laboral: perspectivas y orientaciones. *Dinámica organizacional* 1.

Referencias

- Najmanovich, D. (2008). La organización en redes de redes y de organizaciones. La historia crítica en el mundo actual. *Colección Conceptos Fundamentales de nuestro tiempo*. México: Editorial Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Sociales.
- Nasetta, S. A. (2013). Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en psicología*, 17(28), 8-19.
- Navarro, V. (1998). Concepto actual de la salud pública. *Salud Pública*, 49-54.
- Navarro, V. (Ed.). (2004). *El Estado de bienestar en España*. Madrid, España: Tecnos.
- Navarro-Aparicio, J. (2009). Modelo de intervención psicosocial en las organizaciones frente al estrés laboral: estrategia operativa. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), 86-98.
- Noguera, J. J., Martí-Vilar, M., y Almerich, G. (2014). Responsabilidad social universitaria: influencia de valores y empatía en la auto atribución de comportamientos socialmente responsables. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 160-168.
- Noriega, C., Velasco, C., Pérez-Rojo, G., Carretero, I., Chulián, A., y López, J. (2017). Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores Quality of Life, Well-Being and Values in older people. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(1), 1-13.
- Novoa, M. M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C. E., Palma, M., Montealegre, M., ... & Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas psychologica*, 4(1), 63-76.
- Oblitas, L. (2004a). *Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria*. Bogotá, Colombia: PSICOM.
- Oblitas, L. (2004b). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Madrid, España: Paraninfo.
- Oguisso, T., y Freitas, G. F. (2016). Cuidado-esencia de la identidad profesional de Enfermería. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 188-193.
- Olivé, L. (2007). La ciencia y la tecnología en la sociedad del conocimiento: Ética, política y epistemología. *Fondo de Cultura Económica*.
- Olmos, M. y Haydeé, S. (2008). La habitabilidad urbana como condición de calidad de vida. *Palapa*, 3(2), 47-54.

- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/es/>
- Oria, M., Espinosa, A., y Maracha, M. B. (2016). La formación y la orientación profesional en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2), 262-271.
- Orkaizagirre, A. (2013). Visibilizando los cuidados enfermeros a través de la Relación de Cuidado. *Index de Enfermería*, 22(3), 124-126.
- Ortega y Gasset, J. (1946). Obras completas (Vol. VIII). *Revista de Occidente*. Madrid, España:
- Ortega, M. D., Cecagno, D., Llor, A. M., Siqueira, H. C., Montesinos, M. J., & Soler, L. M. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Revista latino-americana de enfermagem*, 23(3), 404-410.
- Ortega, P. y Mínguez, R. (2009). El reto de la educación intercultural. Teoría de la Educación. *Revista Interuniversitaria*, (9), 941-53.
- Ortiz-Quiroga, D. M., Ariza, Y. y Pachajoa, H. (2018). Calidad de vida de familias de niños y adolescentes con discapacidad asociada a defectos congénitos. *Universitas Psychologica*, 17(1), 161-170. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.11144/javeriana.upsy17-1.cvfn>
- Ortún, V. y Callejón, M. (2012). Crisis en España: ¿cómo renovar los servicios sanitarios. *La renovación de la Atención Primaria desde la consulta*, 157-170.
- Osorio, L. D., Ramos, E. J., y Walteros, D. P. (2016). Valores personales y compromiso organizacional: más que una Simple relación. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 7(2), 33-51.
- Páez, J. & De-Juanas, A. (2015). Validation of “Schwartz Values Scale” for spanish adolescents population. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 195-201.
- Páez, J. (2015). *Estilo de toma de decisiones y axiomas que estructuran el sistema de valores de los adolescentes*. Madrid, España: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Páez, J. (2016). Metodología y contenido axiológico de los programas de educación en valores. *Foro de Educación*, 14(21), 217-226.

Referencias

- Palencia, E. y Castellanos, L. (2008). Valores humanos y el ejercicio profesional de enfermería en el área de cuidados intensivos pediátrica. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, 7(1), 17-7.
- Palencia, E., Piña, M., y Nuñez, C. (2011). Los docentes universitarios de enfermería y sus valores. *Enfermería Global*, 10(22), 0-0.
- Paravic, T. (2010). Enfermería y globalización. *Ciencia y enfermería*, 16(1), 9-15.
- Paris, L. & Omar, A. (2008). Predictores de satisfacción laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología*, 13(3), 233-244.
- Parra, J. M. (2003). La educación en valores y su práctica en el aula. *Tendencias Pedagógicas*, 8, 69-88.
- Pascucci, M. (2012). El ocio como fuente de bienestar y su contribución a una mejor calidad de vida. *Calidad de Vida y Salud*, 5(1), 39-53.
- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas psychologica*, 3(2), 179-186.
- Peiró, S. y Palencia, E. (2009). Adaptación transcultural del cuestionario The Portrait Values Questionnaire (PVQ), IV versión basada en el modelo de HRQOL instruments. *Revista educación en valores*, 1(11), 9-17.
- Pele, A. (2009). Modelos de la dignidad del ser humano en la Edad Media. *Derechos y Libertades* (21), 149-185.
- Pepper, S. C., y Pepper, S. C. (1958). *Las fuentes de valor*. Univ of California Press.
- Peralta, A. C., Besio, C. V., Rubio, Y. M., Atabales, L. R., y Salinas, J. V. (2016). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Salud & Sociedad*, 1(2), 101-112.
- Pérez Serrano, G. (2001). *Aprender a lo largo de la vida: desafío de la sociedad actual*. *Ágora Digital*, 1. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=963231&orden=23379&info=link>
- Pérez Serrano, G. y De-Juanas, A. (Coords.) (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid, España: UNED.
- Pérez, A. M. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112), 42-80.

- Pérez, A., Tirado, A., Pérez-Minayo, M. T., Jara, F. J., Cuadri, M. J., y Cuadrado, A. (2002). Escuela Universitaria de Enfermería Virgen del Rocío. Nuestro perfil de valores. *Revista Salud y Cuidado*, 0(3). Recuperado de <http://www.saludycuidados.net/número3/perfilvalores/perfilvalores.htm>.
- Pérez, C. P. (2008). Sobre el concepto de valor. Una propuesta de integración de diferentes perspectivas. *Bordón. Revista de pedagogía*, 60(1), 99-112.
- Pérez, C. R. (2015). La nueva era de la polarización de los hábitos de consumo: Lujo Vs. Lowcost. *Questiones publicitarias*, 20, 31-44.
- Pérez, C., Alameda, A., y Albéniz, C. (2002). La formación práctica en enfermería en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Opinión de los alumnos y de los profesionales asistenciales: Un estudio cualitativo con grupos de discusión. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 517-530.
- Pérez, E. P., Arroyo, Á. O., y Romero, J. C. (2008). Cuestionario CAD-4: una medida biopsicosocial de la calidad de vida autopercebida en pacientes drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10(1), 17-31.
- Pérez, J. A. (2001). Elementos que consolidan el concepto profesión. Notas para su reflexión. *Revista electrónica de investigación educativa*, 3(2).
- Pérez, R. P., Hunt, A. A., y Sosa, Y. B. (2010). Impactos de la globalización neoliberal en la salud de la población de los países en desarrollo. *Mediciego*, 16(2).
- Pigou, A. (1920). *"The economics of welfare"*. London, UK: Macmillan.
- Pigou, A. (2017). *La economía del bienestar*. Navarra, España: Editorial Aranzadi.
- Pino, E., Canosa, M. Á. A., Calzada, I., Colino-Cámara, C., Pulido, J. M. D., León, M., ... y Fernández, L. M. (2013). *Los Estados de Bienestar en la encrucijada. Políticas Sociales en perspectiva comparada*. Madrid, España: Editorial Tecnos.
- Potter, P. A., Faan, R. M., Perry, A. G., Faan, R. E., & Stockert, P. (Eds.). (2019). *Fundamentos de enfermería (8ª ed.)*. Barcelona, España: Elsevier.
- Prieto, A. B. (2007). *Trabajadores competentes: introducción y reflexiones sobre la gestión de recursos humanos por competencias*. Madrid, España: ESIC editorial.
- Prieto, D. M. (2001). The Healthcare Professional's Axiological Thought and Value System. *Humanidades Médicas*, 1(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202001000100002&lng=es&tlng=en

Referencias

- Pucheu, A. (2018). ¿Existen diferencias en la motivación de distintas generaciones en enfermería?. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 336-342.
- Quezada, F. Q., Castro, A. S., y Cabezas, F. S. (2015). Diagnóstico de la Calidad de Vida Laboral percibida por los trabajadores de cuatro servicios clínicos del complejo asistencial “Dr. Víctor Ríos Ruiz” de Los Ángeles (CAVRR). *Horizontes Empresariales*, 9(1), 55-68.
- Ramió, A. (2005). Valores y actitudes profesionales. *Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya*. Universitat de Barcelona. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/43007/1/ARJ_TESIS.pdf
- Real Academia Española. (s. f.). Valor, oris. En Diccionario de la lengua española (avance de la 23.a ed.). Recuperado de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=internet
- Reig, A. (2000). La calidad de vida en gerontología como constructo psicológico. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 35(52), 5.
- Restrepo, H. E. (2001). Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En H. E. Restrepo; H. Málaga, *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (pp. 15-23). Bogotá, Colombia: Editorial Medica Panamericana.
- Revorio, F. J. (1998). Algunas ideas sobre los valores en la filosofía jurídica y política. *Revista de estudios políticos*, (102), 129-159.
- Riaño-Galán, A., García-Ruiz, R., Rodríguez, A., y Álvarez-Arregui, E. (2016). Calidad de vida e inserción sociolaboral de jóvenes con discapacidad. *Revista electrónica de investigación educativa*, 18(1), 112-127.
- Ribera, E. P. (2008). Revaluando la validez del cuestionario CVP-35: sensibilidad al cambio, cambios importantes y mínima diferencia importante. *Atención Primaria*, 40(7), 334-336.
- Rivera-Ávila, D. A., Rivera-Hermosillo, J. C., y González-Galindo, C. (2017). Validación de los cuestionarios CVP-35 y MBI-HSS para calidad de vida profesional y burnout en residentes. *Investigación en educación médica*, 6(21), 25-34.
- Rizo-Baeza, M., Mora, M. V., Noreña, A. L., y Cortés-Castell, E. (2018). La epidemiología como fundamento del diseño curricular de enfermería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes. *Ciencia e Innovación en Salud* (58), 1-14. Recuperado de <https://doi.org/10.17081/innosa.58>

- Robbins, S. P. (1989). *Organizational Behavior: Concepts, Controversies, and Applications* (Fourth Edition ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Rodarte-Cuevas, L., Araujo-Espino, R., Trejo-Ortiz, P. M., y González-Tovar, J. (2016). Calidad de vida profesional y trastornos musculoesqueléticos en profesionales de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 26(6), 336-343.
- Rodrigo, M. J. (Ed.). (1994). *Contexto y desarrollo social*. Madrid, España: Síntesis.
- Rodríguez Cabrera, A., Sanabria, G., Álvarez, L., Gálvez, A. M., Castañeda, I., & Rojo Pérez, N. (2008). La gestión social como vía para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(3), 0-0.
- Rodríguez, F. M., & Muñoz, L. V. (2010). Educación y desarrollo socio-económico. *Contextos educativos: Revista de educación*, (13), 83-98.
- Rodríguez, P., Matud, M. P., y Álvarez, J. (2017). Género y calidad de vida en la adolescencia. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 9(2), 89-98.
- Rodríguez, R. y Rivas, S. D. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del trabajo*, 57, 72-88.
- Rodríguez, V. y Mladinic, A. (2016). Ambivalencia Actitudinal Ante el Cambio Organizacional: Un Análisis Desde el Individuo en Contexto Laboral. *PSYKHE*, 25(1), 1-17. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.25.1.733>
- Rodríguez-Arana, J. (2001). El proceso de modernización administrativa en las Comunidades Autónomas. *Informe Comunidades Autónomas 2001. Barcelona, España: Observatorio de Derecho Público (IDP)*. Recuperado de http://www.pcb.ub.es/idp/docs/ccaa/estudis/monog01_arana.pdf
- Rodríguez-Cabello, E. L. y García, R. D. (2015). Servicios públicos, malestar social e indignación. El curioso caso de organización y gestión en sanidad y educación. *Encrucijadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 9, i0902. Recuperado de <http://www.encrucijadas.org/index.php/ojs/article/view/167/152>
- Rogers, C. R., Freiberg, H. J., y Soler, S. C. (1996). *Libertad y creatividad en la educación*. Buenos Aires: Paidós.
- Rogers, S. J. y DeBoer, D. D. (2001). Cambios en el ingreso de las esposas: efectos en la felicidad conyugal, el bienestar psicológico y el riesgo de divorcio. *Revista de matrimonio y familia*, 63(2), 458-472.

Referencias

- Rojas, M., González, M., González, M. N., y Núñez, M. (2010). La educación en valores en el contexto de la formación profesional de Enfermería. *Educación Médica Superior*, 24(2).
- Rojas-Martínez, R., De Castro, F., Villalobos, A., Romero, M., Allen, B., Hubert, C., Barrientos-Gutiérrez, T., & Lazcano-Ponce, E. (2017). Population profiles associated with severe functioning difficulties and disability among two to four years old children in Mexico. *Salud Pública de México*, 59(4), 361-369. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.21149/8485>
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic Book Inc.
- Rokeach, M. (1967). *Value survey*. Sunnyvale, CA: Halgren Tests.
- Rokeach, M. (1968). *Creencias, actitudes y valores: una teoría de la organización y el cambio*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, USA: Free Press.
- Rokeach, M. (1979). *Understanding human values*. New York, USA: Simon y Schuster.
- Rokeach, M. (2008). *Understanding human values*. Simon y Schuster. The Part One: *Societal, Institutional, and Organizational Values. Change and stability in values and value systems. How values are studied*. Recuperado de https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=e_b2tCgC4MQC&oi=fnd&pg=PR9&dq=rokeach&ots=HDknaYMBIk&sig=uCbWDOIFk0Rtx2AyrUTh-jlinL8#v=onepage&q=rokeach&f=false.
- Romera, C. (2010). *Calidad de vida. Temas de sostenibilidad urbana*. Madrid, España: Biblioteca CF+S. Recuperado de <http://habitat.aq.upm.es/temas/a-calidad-de-vida.html>
- Ros, M. (2001). Psicología social de los valores: una perspectiva histórica. En M. Ros & V. Gouveia (Coords.), *Psicología social de los valores humanos: Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados* (pp. 27- 51). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Ros, M. (2002). Los valores culturales y el desarrollo socioeconómico: una comparación entre teorías culturales. *Reis*, 9-33.
- Ros, M. y Gómez, A. (1997). Valores personales individualistas y colectivistas y su relación con la autoestima colectiva. *Revista de Psicología Social*, 12 (2), 179-198.

- Ros, M. y Gómez, A. (1997). Valores personales individualistas y colectivistas y su relación con la autoestima colectiva. *Revista de Psicología Social*, 12(2), 179-198. doi: [10.1174/021347497761111394](https://doi.org/10.1174/021347497761111394)
- Ros, M. y Gouveia, V. V. (2001). Psicología Social de los valores humanos. *Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Ros, M. y Grad, H. M. (1991). El significado del valor trabajo como relacionado a la experiencia ocupacional: Una comparación de profesores de EGB y estudiantes del CAP. *Revista de Psicología social*, 6(2), 181-208.
- Ros, M. y Schwartz, S. H. (1995). Jerarquía de valores en países de la Europa Occidental: Una comparación transcultural. *Reis*, 69-88.
- Ros, M., Gouveia, V. V., y Álvaro, J. L. (2003). Psicología social de los valores humanos: desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados. *Interamerican Journal of Psychology*, 37(1), 171-176.
- Ros, M., Grad, H., y Martínez-Sánchez, E. (1999). Una intervención educativa en los valores para la mejora del rendimiento académico. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 199-210.
- Ross, L. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. *J-Adv-Nurs*, 19(3), 43.
- Royuela, V. y Faggian, A. (2009). El crecimiento de las ciudades y de la calidad de vida en la provincia de Barcelona, desde una perspectiva de causalidad mutua. *Revista de Estudios Regionales*, (85), 67-95.
- Ruano, A. (2011). *El conflicto de intereses económico de las asociaciones profesionales sanitarias con la industria sanitaria*. Barcelona: SESPAS.
- Ryff, C. D. (1989). La felicidad lo es todo, ¿o no? Exploraciones sobre el significado del bienestar psicológico. *Revista de personalidad y psicología social*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D. y Keyes, C. L. (1995). La estructura del bienestar psicológico revisado. *Revista de personalidad y psicología social*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D. y Singer, B. (1998). Los contornos de la salud humana positiva. *Consulta psicológica*, 9(1), 1-28.
- Salas, C. y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36.
- Salazar, M. V. y Herrera, M. T. (2007). La representación social de los valores en el ámbito educativo. *Investigación y Postgrado*, 22(1), 261-305.

Referencias

- Salazar-Gomez, E. y Tobón, S. (2018). Análisis documental del proceso de formación docente acorde con la sociedad del conocimiento. *Espacios*, 39(45), 17.
- Salcedo, V., Quezada, C., Novillo, E., Varela, G., Nuñez, L., y Viteri, C. (2017). Bienestar estudiantil universitario en Ecuador: Caso unidades de bienestar estudiantil en las universidades de la provincia de El Oro. *Revista ESPACIOS*, 38(30).
- Saldaña, D. M. (2006). La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 8(1), 8-15.
- Salgado de Snyder, V. N. y Wong, R. (2018). *Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12100/17536>
- Sánchez, A. B., Fernández, J. L., Alonso, N., Hernández, I., Navarro, R., y Rosillo, D. (2015). Valoración del nivel de conocimientos y su adecuación en materia de RCP en el personal sanitario de los servicios de urgencias hospitalarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 14(39), 230-245.
- Sánchez, A. J. (2005). Análisis filosófico del concepto valor. *Humanidades Médicas*, 5(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000200009&lng=es&tlng=es
- Sánchez, M. C. y Araya, R. G. (2017). Desafíos de la educación en la sociedad actual. *Revista Electrónica Diálogos Educativos*, 12(24), 55-69.
- Sánchez, M., & Gainza, C. (2010). Valores: Esencia de la Enfermera. *Revista Educación en Valores*, 1(13), 80-93.
- Sánchez, R. I. y Tovar, J. G. (2017). Comparativo de la calidad de vida subjetiva en los Centros de Atención Integral de dos países de habla hispana: perspectiva desde el envejecimiento. *Actualidades en Psicología*, 31(123), 74-88.
- Sánchez, R., Álvarez, R., y Lorenzo, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de Atención Primaria del Área 10 de Madrid. *Medifam*, 13(4), 55-60.
- Sánchez-Hernández, A. J. (2006). Los valores ético-morales desde una perspectiva psicológica. *Humanidades Médicas*, 6(3), 0-0.
- Sánchez-Migallón, S. (2007). Max Scheler. *Philosophica: Enciclopedia filosófica on line*. Recuperado de http://www.philosophica.info/arc_hivo/2007/voces/scheler/Scheler.html.

- Sancho-Álvarez, C., Jornet, J. M., y González-Such, J. (2016). El constructo Valor Social Subjetivo de la Educación: validación cruzada entre profesorado de escuela y universidad. *Revista de Investigación Educativa*, 34(2), 329-350.
- Sandoval, M. (2007). Sociología de los valores y juventud. *Última década*, 15(27), 95-118. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362007000200006>
- Sandoval, M. (2014). Convivencia y clima escolar: claves de la gestión del conocimiento. *Última década*, 22(41), 153-178.
- Sanín, A. (2016). Estudio de diferencias en apoyo del jefe e imagen gerencial asociadas al género, nivel educativo y nivel jerárquico. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 26(2), 38-62.
- Santos, F. (2000). Satisfacción, bienestar y calidad de vida en el trabajo. *Reis*, (92), 11-44. doi:[10.2307/40184292](https://doi.org/10.2307/40184292)
- Sanz, M. A. (1994). *Valores cívico-sociales en la juventud* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España.
- Sanz-Ponce, R. y González-Bertolín, A. (2018). La educación sigue siendo un “tesoro”. Educación y docentes en los informes internacionales de la UNESCO. *Revista iberoamericana de educación superior*, 9(25), 157-174.
- Sastre, G. (2018). *El aprendizaje basado en problemas* (Vol. 235004). Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Saviani, D. (2018). *La pedagogía histórico-crítica: Primeras aproximaciones*. Sao Paulo, Brasil: Autores Associados.
- Schalock, R. L. (2000). Tres Décadas de Calidad de Vida. *Enfoque en el Autismo y Otras Discapacidades del Desarrollo*, 15 (2), 116-127. doi: [10.1177 / 108835760001500207](https://doi.org/10.1177/108835760001500207)
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza editorial.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 38 (4), 21-36.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.

Referencias

- Schalock, R. L., Verdugo, M.A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Xu, J., & Lachapelle, Y. (2005). A cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110, 298-311.
- Scheler, M. (1938). *El puesto del hombre en el cosmos*. Buenos Aires, Argentina: Losada
- Scheler, M. (1941). Ética, tomo I. *Revista de occidente*. Madrid, España.
- Scheler, M. (2000). *El formalismo en la ética y la ética material de los valores*. Madrid, España: Caparrós editores.
- Scheler, M. (2001). *Ética: nuevo ensayo de fundamentación de un personalismo ético* (No. 45). Madrid, España: Caparrós editores.
- Scheler, M., Gaos, J., y Romero, F. (1929). El puesto del hombre en el cosmos. *Revista de Occidente*.
- Scheller, M. (1952). Ética. El formalismo ético y la ética material de los valores (traducción de Hilario Rodríguez Sanz). *Revista de Occidente*.
- Schwab, K. (2016). *La cuarta revolución industrial*. Madrid, España: Debate.
- Schwartz, S. H. & Huisman, S. (1995). Value priorities and religiosity in four Western religions. *Social Psychology Quaterly*, 58, 88-107.
- Schwartz, S. H. & Ros, M. (1995). Values in the West: A theoretical and empirical challenge to the individualism-collectivism cultural dimension. *World psychology*, 1(2), 91-122.
- Schwartz, S. H. & Rubel, T. (2006). Sex Differences in Value Priorities: Cross-Cultural and Multimethod Studies. *Journal of personality and social psychology*. 89. 1010-28. doi: [10.1037/0022-3514.89.6.1010](https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.6.1010)
- Schwartz, S. H. (1990). Individualism-Collectivism. Critique and proposed refinements. *Journal of cross-cultural psychology*, 21(2), 139-157.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical adavances and empirical tests en 20 countries. En M. P. Zanna (Ed), *Advances in experimental social psychology*, 24, 1-65. San Diego, EUA: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (1994). Beyond Individualism and Collectivism: New Cultural Dimensions of Values. In U. Kim, H.C. Triandis, C. Kagitcibasi, S., Choi, C. & Yoon, G. (Eds.), *Individualism and Collectivism: Theory, Method and application* (85-119). Thousand Oaks CA: Sage.

- Schwartz, S. H. (1996). Prioridades de valor y comportamiento: Aplicar una teoría de sistemas de valores integrados. En C. Seligman, JM Olson y MP Zanna (Eds.), El simposio de Ontario: Vol. 8. *La psicología de los valores* (pp. 1-24). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Schwartz, S. H. (1999). A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work. *Applied psychology: an international review*, 48(1), 23-47. Recuperado de <http://DOI: 10.1111/j.1464-0597.1999.tb00047.x>
- Schwartz, S. H. (2001). ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados*, 53-77.
- Schwartz, S. H. (2003). A proposal for measuring value orientations across nations. *Questionnaire Package of the European Social Survey*, 259-290. Recuperado de [http:// www.Europeansocialsurvey.org](http://www.Europeansocialsurvey.org)
- Schwartz, S. H. (2006). Les valeurs de base de la personne: théorie, mesures et applications. *Revue française de sociologie*, 47(4), 929-968.
- Schwartz, S. H. (2009). The present and future state of cultural research and theory: A dialogue; comments. *Understanding culture: Theory, research and application*, 473.
- Schwartz, S. H. (2010). Basic values: How they motivate and inhibit prosocial behavior. In M. Mikulincer & P. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature*, 221-241. Washington: American Psychological Association Press.
- Schwartz, S. H. (2012). Toward Refining the Theory of Basic Human Values in: Methods, Theories, and Empirical Applications in the Social Sciences/Ed. by S. Salzborn, E. Davidov. *J. Reinecke. Wiesbaden: Springer*.
- Schwartz, S. H. (2017). *The Refined Theory of Basic Values*. doi: [10.1007/978-3-319-56352-7_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-56352-7_3)
- Schwartz, S. H. y Bilsky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Journal of personality and social psychology*, 53(3), 550-562.
- Schwartz, S. H. y Bizama, M. (2000). Estructura psicológica de los valores. Presentación de una teoría. *Revista sociedad hoy*, 4(1), Recuperado de http://www2.udec.cl/~hbrinkma/estructura_psicologica_de_los_valores.pdf

Referencias

- Schwartz, S. H., Cieciuch, J., Vecchione, M., Davidov, E., Fischer, R., Beierlein, C., ... & Dirilen-Gumus, O. (2012). Refining the theory of basic individual values. *Journal of personality and social psychology*, 103(4), 663.
- Schwartz, S. H., Melech, G., Lehman, A., Burgess, S., Harris, M., & Owens, V. (2001). Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 32(5), 519-542.
- Schwartz, S. H., y Bilsky, W. (1990). Toward a theory of the universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Rev Journal of Personality and Social Psychology*; 58(5), 878-891.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09-21. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>
- Segurado, A. y Agulló, E. (2002). Calidad de vida laboral: hacia un enfoque integrador desde la Psicología Social. *Psicothema*, 14(4), 828-836.
- Seijo, C. (2009). Los valores desde las principales teorías axiológicas: Cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. *Economía*, 34(28), 145-160.
- Seisdedos, N. (2003). *El clima laboral y su medida*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Sen, A. (2001). *El nivel de vida*. Madrid, España: Editorial Complutense.
- Sen, A. (2004). Nuevo examen de la Desigualdad. Alianza Editorial. *Ciencias Sociales. Primera Edición. Tercera Reimpresión. Traducción: Ana María Bravo. Revisión: Pedro Schwartz. Madrid.*
- Sen, A. (2012). *La idea de la justicia*. México: Taurus.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona, España: Anagrama.
- Sennett, R. (2018). *La corrosión del carácter*. Barcelona, España: Anagrama.
- Seoane, J. B. (2008). Hacia una ética dialógica de (y desde) la ciencia social (a propósito de Weber, Berger y Heller). *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 14(3), 13-31.

- Serra, D. J. (2000). Los valores y su formación: una interpretación psicológica. *Revista cubana de psicología*, 17(3), 307-312.
- Serrano, G. P. (2003). *Pedagogía social, educación social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid, España: Narcea Ediciones.
- Serra-Sutton, V. y Herdman, M. (2001). *Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud*. Recuperado de <http://www.aatrm.net/html/es/dir384/doc8075.html>
- Setién, M. L. (1993): *Indicadores sociales de calidad de vida: Un sistema de medición aplicado al País Vasco, Monografías, n° 133*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Shalock, R. & Keith, K. (1993). *Quality of life questionnaire manual*. Worthington, Ohaio: IDS Publishing Corporation.
- Shattuck, L., Banks, N.P., y Abbott, J. (1850). *Report of a general plan for the promotion of public and personal health*. Massachusetts, EUA: Dutton & Wentworth, state printers. Recuperado de <https://ia802607.us.archive.org/25/items/reportofgeneralp00mass/reportofgenerlp00mass.pdf>
- Siegrist, J., Fernández-López, J. A., y Hernández-Mejía, R. (2000). Perspectiva sociológica de la calidad de vida. *Medicina clínica*, 114(1), 22-24.
- Silano, M. F. (2013). La Salud 2.0 y la atención de la salud en la era digital. *Revista médica de Risaralda*, 20(1).
- Siliceo, A. (2006). *Capacitación y desarrollo de personal*. Editorial Limusa.
- Simkin, H., & Azzollini, S. (2014). Personalidad, valores sociales y su relación con la orientación ideológica y el interés por la actualidad política: factores que median entre la propaganda y la opinión pública. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 18(2), 178-197.
- Simkin, H., y Becerra, G. (2013). El proceso de socialización: Apuntes para su exploración en el campo psicosocial. *Ciencia, docencia y tecnología*, (47), 00-00.
- Sirgy, M. J., Efraty, D., Siegel, P., & Lee, D. J. (2001). A new measure of quality of work life (QWL) based on need satisfaction and spillover theories. *Social indicators research*, 55(3), 241-302.

Referencias

- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A., (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. *A Report from the WHOQOL Group. Qual Life Res; 13*, 299-310.
- Slottje, D. J.; Scully, G. W.; Hirschberg, J. G., & Hayes, K. J. (1991). *Measuring the Quality of life across countries: a Multidimensional Analysis*. Boulder, CO Westview Press.
- Solar, M. I. (2018). Concepción de la docencia y prácticas en la pedagogía universitaria. *Calidad en la Educación*, (15), 1-10.
- Solís, M. (2015). *Competencias en práctica clínica basada en la evidencia de las enfermeras en España* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Solomon, E. S., Bouchouchi, N., Denosov, V., Hankiss, E., Mallman, C. A., & Milbrath, L.W. (1980). *Unesco's policy-relevant Quality of Life research program.*, pp. 223-233, Szalai A. & Andrews F. M.: *The Quality of Live Comparative Studies*. Beverly Hills: California. Sage Publications.
- Sosa-Cerda, O. R., Cheverría-Rivera, S., y Rodríguez-Padilla, M. E. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(3), 153-158.
- Soto, P., Masalan, P., y Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.
- Sun, B. (1988). *Quality of working life programs: an empirical assessment of desings and outcomes*. UMI Dissertation Services. Atlanta, EUA: University of Georgia.
- Superka, D. P. (1973). *A typology of valuing theories and values education approaches*. Berkeley, EUA: University of California.
- Suttle, J. L. (1977). «Improving life at work: problems and prospects». In Hackman, J. R. & Suttle, J. L (eds.). *Improving life at work: behavioral science approaches to organizacional change*. Goodyear Publishing Company, Santa Mónica.
- Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. *The quality of life*, 7-21.
- Tamayo, A. y Schwartz, S. H. (2012). Estructura motivacional dos valores humanos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 9(2), 329-348.

- Tarabini, A. y Montes, A. (2015). La agenda política contra el abandono escolar prematuro en España: la LOMCE contra las evidencias internacionales. *Avances en supervisión educativa*, (23), 1-20. Recuperado de <https://doi.org/10.23824/ase.v0i23.20>
- Taylor, J. C. (1973). «*Concepts and problems in studies of quality of working life*». Manpower Administration, U.S Department of Labor.
- Tezanos, J. (2006). *La explicación sociológica: una introducción a la sociología*. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Thorndike, E. (1939). *Tu ciudad*. Orlando, FL, EE.UU. Harcourt Brace College Publishers.
- Tobón, O. E., Zapata, S. J., Lopera, I. C., y Duque, J. W. (2014). Formación académica, valores, empatía y comportamientos socialmente responsables en estudiantes universitarios. *Revista de la educación superior*, 43(169), 89-105.
- Tobón, S. (2006). *Competencias, calidad y educación superior*. Bogotá, Colombia: Coop. Editorial Magisterio.
- Tobón, S. (2008). *La formación basada en competencias en la educación superior: el enfoque complejo*. México: Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Tobón, S. (2013). *Formación integral y competencias. Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación* (4ta. Ed.). Bogotá, Colombia: ECOE.
- Tobón, S. T., Prieto, J. H., y Fraile, J. A. (2010). *Secuencias didácticas: aprendizaje y evaluación de competencias*. México: Pearson educación.
- Tobón, S., Guzmán, C. E., Silvano, J., y Cardona, S. (2015). Sociedad del conocimiento: estudio documental desde una perspectiva humanista y compleja. *Paradigma*, 36(2), 7-36.
- Tomás-Sábado, J., Sánchez, C., Maynegre, M., Porcel, V., Isidro, R., y Tor, A. (2011). Estructura factorial de la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) en enfermeras de atención primaria. *Psicología. com*, 15.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Tonon, G. (2010). La utilización de indicadores de calidad de vida para la decisión de políticas públicas. *Polis. Revista Latinoamericana*, (26). Recuperado de <http://journals.openedition.org/polis/820>

- Toro, B. y Tallone, A. (2013). *Educación, valores y ciudadanía: metas educativas 2021: la educación que queremos para la generación de los bicentenarios*. Madrid: OEI, 2010.
- Toro, L. (2015). La importancia del trabajo en equipo en las organizaciones actuales. Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. Recuperado de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13939/2/LUZ%20YOLANDA%20TORO%20SUAREZ%20%20TRABAJO%20FINAL.pdf>
- Torres, A. y Sanhueza, O. (2006). Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. *Ciencia y enfermería*, 12(1), 9-17.
- Torres, C. (Ed.). (2015). *España 2015: situación social* (Vol. 49). CIS-Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Triandis, H. C. (1990). Aproximaciones teóricas y metodológicas al estudio del individualismo y el colectivismo. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6(1-2), 29-38.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and Collectivism*. Boulder CO: Westview Press
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Betancourt, H., Bond, M., Leung, K., Brenes, A., ... y Sinha, J. B. (1986). La medida de los aspectos éticos del individualismo y el colectivismo a través de las culturas. *Revista australiana de psicología*, 38(3), 257-267.
- Triandis, H. C., Bontempo, R., Villareal, M. J., Asai, M., y Lucca, N. (1988). Individualismo y colectivismo: perspectivas interculturales sobre las relaciones de autogrupo. *Revista de personalidad y psicología social*, 54(2), 323.
- Triviño, Z. G. y Sanhueza, O. (2005). Teorías y modelos relacionados con calidad de vida en cáncer y enfermería. *Aquichan*, 5(1), 20-31.
- Trompenaars, F., y Hampden-Turner, C. (1997). *Riding the Waves of Culture: Understanding Cultural Diversity in Business, Second Edition*. London & Santa Rosa, UK: Nicholas Brealey Publishing Limit
- Tunermanh, C. (1999). *Los valores una perspectiva universal*. Universidad de Guanajuato, México. Recuperado de <http://www.guanajuato.gob.mx>.
- Turcotte, P. R. (1985). *Calidad de vida en el trabajo*. Madrid: Trillas.
- Urbina, O., Pérez, A., Delgado, J. E., y Martín, X. (2003). El modelo de actuación de Enfermería y su valor humanista. *Educación médica superior*, 17(3).

- Urzúa, A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
- Urzúa, A. y Navarrete, M. (2013). Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQOL-Old en población chilena. *Revista médica de Chile*, 141(1), 28-33.
- Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., y Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista médica de Chile*, 139(8), 1006-1014.
- Urzúa, A., Pavlov, R., Cortés, R., y Pino, V. (2011). Factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en salud en pacientes hemodializados. *Terapia psicológica*, 29(1), 135-140.
- Urzúa, A., Vega, M., Jara, A., Trujillo, S., Muñoz, R., y Caqueo-Urizar, A. (2015). Calidad de vida percibida en inmigrantes sudamericanos en el norte de Chile. *Terapia psicológica*, 33(2), 139-156.
- Valbuena, M., Morillo, R., y Salas, D. (2006). Sistema de valores en las organizaciones. *Omnia*, 12(3).
- Valdez, L. C. (2014). *Tú y los valores humanos*. Bloomington, EUA. Palibrio
- Vanegas, J. y Gil, L. (2007). La discapacidad, Una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia la promoción de la salud*, 12, 51-61.
- Vasconcelos, C. D., Backes, V. M., y Gue, J. M. (2011). La evaluación en la enseñanza de grado en enfermería en América Latina: una revisión integrativa. *Enfermería Global*, 10(23), 96-117.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Veenhoven, R. R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención psicosocial*, 3, 87-116.
- Veenhoven, R. R. (2001). *Calidad de vida y felicidad: no es exactamente lo mismo*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1765/8770>

Referencias

- Vega, M. M. y Martínez, K. A. (2015). Estudio empírico de calidad de vida laboral, cuatro indicadores: satisfacción laboral, condiciones y medioambiente del trabajo, organización e indicador global, sectores privado y público. Desarrollo, aplicación y validación del instrumento. *Horizontes empresariales*, 8(1), 23-50.
- Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa, C. (2002a). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(4), 349-361.
- Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa, C. (2002b). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud pública de México*, 44(5), 448-463.
- Velasco, R. D. y Fuentes, C. C. (2016). *Filosofía y practica de enfermería*. México DF, México: Editorial El Manual Moderno.
- Velasquez, N. R. (2017). Relaciones de poder y subjetividades laborales: una reflexión desde la perspectiva de Foucault. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(1), 93-101.
- Veliz, F. (2014). *Resiliencia organizacional: El desafío de cuidar a las personas, mejorando la calidad de vida para las empresas*. Barcelona: Editorial GEDISA.
- Vera, M., Cornejo, R., Rivas, L., Calizaya, J., Zamora, O., y García, J. (2016). Significado de los valores profesionales en docentes y estudiantes de enfermería, UNMSM-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(3), 225-229.
- Verdugo, M. Á. (2018). *Todos somos todos: derechos y calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y mayores necesidades de apoyo*. Salamanca: INICIO. Recuperado de <https://www.siiis.net/documentos/ficha/529848.pdf>
- Verdugo, M. A. y Jordán, F. D. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, España: Amaru.
- Verdugo, M. Á. y Sabeh, E. N. (2002). Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. *Psicothema*, 14(1), 86-91.
- Verdugo, M. A., Caballo, C., Peláez, A., & Prieto, G. (2000). Calidad de vida en personas ciegas y con deficiencia visual. *Unpublished manuscript*, Salamanca: Universidad de Salamanca/Organización Nacional de Ciegos de España.
- Verdugo, M. A., Sainz, F., Gómez, L. E., y Gómez, S. (2011). *Bases para el desarrollo de un modelo de evaluación para personas con discapacidad intelectual adultas que viven en servicios residenciales*. Salamanca: INICO. Recuperado de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26212/Investigacion7.pdf>

- Verdugo, M., Gómez, L. E., Arias, B. E., y Navas, P. (2010). Aplicación del paradigma de calidad de vida: construcción de escalas de evaluación e investigación. En M. Verdugo, M. Crespo, y T. Nieto (Coords.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida*. VII Seminario de actualización Metodológica en Investigación sobre Discapacidad SAID, 19-37. Salamanca, España.
- Victoria, C. R. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. *Revista cubana de medicina general integral*, 16(6), 586-592.
- Vidal-Blanco, G., Oliver, A., Galiana, L., y Sansó, N. (2019). Calidad de vida laboral y autocuidado en enfermeras asistenciales con alta demanda emocional. *Enfermería Clínica*, 29(3), 186-194.
- Villafuerte, J., Alonso, Y. A., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I. M., y Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85-62.
- Villanueva, C. F. (2003). *Psicologías sociales en el umbral del siglo XXI* (Vol. 276). España, Madrid: Editorial Fundamentos.
- Vinaccia, S. y Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 1(2), 125-137.
- Vinaccia, S. y Quiceno, J. M. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1), 123-136.
- Vinaccia, S., Cadena, J., Juárez, F., Contreras, F., y Anaya, J. M. (2004). Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 91-103.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Contreras, F., Bedoya, M., Tobón, S., y Zapata, M. (2014). Calidad de vida, personalidad resistente y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar. *Psicología y salud*, 15(2), 207-220.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Lozano, F., y Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones

Referencias

- negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana de Psicología*, Vol. 20, no. 1 (ene.-jun. 2017); 49-59.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Zapata, C., Obesso, S., y Quintero, D. C. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Psicología desde el Caribe*, 89-108.
- Vivas-López, S. y Fernández-Guerrero, R. (2011). Gestión por competencias en instituciones sanitarias: claves de la dirección de recursos humanos en la comunidad valenciana (España). *Estudios Gerenciales*, 27(120), 41-61.
- Voloshinov, V. N. (2009). *El marxismo y la filosofía del lenguaje:(los principales problemas del método sociológico en la ciencia del lenguaje)*. Ediciones Godot.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general del sistema*. México DF, México: Fondo de cultura económica.
- Wallon, H. (1947). *Del acto al pensamiento*. Argentina: Lautaro.
- Walton, R. D. (1975). Calidad de vida laboral ¿qué es? *Sloan Management Review* 15(1), 11-21.
- Walton, R.E. (1973). *Conciliación de conflictos interpersonales: confrontaciones y consultoría de mediadores*. México: Fondo Educativo Interamericano.
- Warr, P., Cook, J., & Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52(2), 129-148.
- Watanabe, B. Y. (2005). La capacidad y el bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la calidad de vida. *Revista colombiana de Psicología*, 14(1), 73-79.
- WHOQOL Group (1995). «The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization». *Social science and medicine*, 41, 1403-1409.
- Wiener, N. (1954). La cibernética en la historia. *Teorizando en la comunicación: Lecturas a través de las tradiciones*, 267-273.
- Wilensky, H. L. (1964). ¿La profesionalización de todos? *Revista estadounidense de sociología*, 70(2), 137-158.

- World Values Survey Association. (2014). World Values Survey: 2005–2009. Official aggregate, v. 20140429, ASEP/JDS, Madrid, España. Recuperado de <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp?CMSID=intinfo>
- Yarce, J. (2006). *El poder de los valores en las organizaciones*. México: Herberto Ruz.
- Yasuko, B., Romano, S., García, N., y Félix, M. D. (2005). Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(1), 93-102.
- Zabalegui, A. (2003). El rol del profesional en enfermería. *Aquichan*, 3(1), 16-20.
- Zabalza, M. Á., & Beraza, M. Á. Z. (2003). *Competencias docentes del profesorado universitario: calidad y desarrollo profesional* (Vol. 4). Madrid, España: Narcea ediciones.
- Zambada, R., y Madero, S. (2012). Factores de la calidad de vida en el trabajo como predictoras de la intención de permanencia. *Acta Universitaria*, 22(2), 24-31.
- Zapata, C. S. y Duque, M. O. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
- Zavala, M. O., Carrillo, K. S., Ibarra, C. F., Puga, J. A., Ruibal, R. E., González, R. M., ... & Figueroa, C. V. (2016). Calidad de vida laboral de enfermeras de un hospital privado. *Biotecnia*, 18(1), 34-38.
- Zubieta, E., Delfino, G., y Fernández, O. (2007). Confianza Institucional y el rol mediador de creencias y valores. *Revista de Psicología*, 3(6), 101-120.
- Zubieta, E., Fernández, O., y Sosa, F. (2012). Bienestar, valores y variables asociadas. *Boletín de psicología*, 106, 7-27. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822362007000200006
- Zumba, D. M. (2017). *Disfuncionalidad familiar como factor determinante de las habilidades sociales en adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Zurro, A. M. y Jodar, G. (2011). *Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria*. Barcelona, España: Elsevier. Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>

Anexos

Anexos

Anexo I. Carta de presentación de la investigación

1. BIENVENIDA/O A MI ESTUDIO DE TESIS DOCTORAL

Estimada/o colega,

Agradecemos tu participación en la realización de este cuestionario, de carácter anónimo y voluntario. El cuestionario es sencillo de cumplimentar.

El objetivo del estudio es conocer los valores sociales y la calidad de vida profesional de las/os enfermeras/os de la Comunidad de Madrid. Los resultados de este estudio serán publicados en medios de reconocido prestigio, aportando a la comunidad científica y a las instituciones, evidencias sobre los hallazgos realizados,

El cuestionario que vas a cumplimentar, incluye dos instrumentos validados: , El Cuestionario de Valores de Schwartz (CVS), en su Adaptación española de Ros y Grad., (1991), y la Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35), adaptada por Cabezas (1998),

Los datos proporcionados van a ser tratados de forma anónima y confidencial, en aplicación de la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999 y el RD 1720/2007.

Por favor, cumplimenta el cuestionario hasta el final, para que tus respuestas contribuyan al desarrollo de este estudio.

La realización del cuestionario implica tu **CONSENTIMIENTO** para participar en el presente estudio.

Para cualquier duda no dudes en contactar conmigo, respondiendote lo antes posible.

Muchas Gracias, por tu colaboración,

Doctorando e Investigador Principal (IP): Francisco Javier Mazuecos Gómez
Desarrollo Tesis Doctoral Facultad Educación (UNED)

Contacto mail: fjmazuecos,ts@gmail.com

Anexo II. Muestra cuestionarios formato on-line

2. Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP 35) Adaptación validada (Cabezas, 1998).

A continuación encontrarás una serie de ítems que hacen referencia a la Calidad de Vida a nivel laboral. Piensa detenidamente en la importancia que tiene en tu vida cada uno de estos valores y marca en la siguiente escala la respuesta que consideras adecuada para cada uno de los valores propuestos

«nada» (valores 1 y 2); «algo» (valores 3, 4 y 5); «bastante» (valores 6, 7 y 8) y «mucho» (valores 9 y 10)

1. Cantidad de trabajo que tengo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Satisfacción con el tipo de trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Satisfacción con el sueldo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Posibilidad de promoción

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Reconocimiento de mi esfuerzo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Motivación (ganas de esforzarme)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Anexo III: Saturación de cada ítem en los factores rotados de la escala de importancia y dificultad

CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Posibilidad de promoción	,601							
Reconocimiento de mi esfuerzo	,704							
Apoyo de mis jefes	,787							
Posibilidad de ser creativo	,689							
Recibo información de los resultados de mi trabajo	,770							
Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	,683							
Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	,737							
Tengo autonomía o libertad de decisión	,669							
Variedad en mi trabajo	,402							
Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	,757							
Cantidad de trabajo que tengo		,733						
Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo		,855						
Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo		,807						
Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo		,805						
Carga de responsabilidad		,521						
Interrupciones molestas		,614						
Estrés (esfuerzo emocional)		,481						
Capacitación necesaria para hacer mi trabajo			,595					
Estoy capacitada/o para hacer mi trabajo actual			,716					
Mi trabajo es importante para la vida de otras personas			,657					
Lo que tengo que hacer queda claro			,601					
Me siento orgullosa/o de mi trabajo			,679					
Conflictos con otras personas de mi trabajo				,498				

Falta de tiempo para mi vida personal	,649
Incomodidad física en el trabajo	,747
Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	,630
Satisfacción con el tipo de trabajo	,651
Satisfacción con el sueldo	,491
Motivación (ganas de esforzarme)	,517
Calidad de vida de mi trabajo	,561
Apoyo de mis compañeros	,767
Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	,658
Apoyo de mi familia	,709
Ganas de ser creativo	,722
Desconecto al acabar la jornada laboral	,861

Anexo IV. Resultados globales de cada uno de los ítems del cuestionario CVP ordenados de mayor a menor

Anexos

	Valor de prueba = 0								
				T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia M	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
	M	DT	Error M					Inferior	Superior
Mi trabajo es importante para la vida de otras personas	8.87	1.831	.094	94.443	379	.000	8.871	8.69	9.06
Estoy capacitada/o para hacer mi trabajo actual	8.68	1.382	.071	122.473	379	.000	8.684	8.54	8.82
Me siento orgullosa/o de mi trabajo	8.38	1.877	.096	87.034	379	.000	8.382	8.19	8.57
Capacitación necesaria para hacer mi trabajo	8.30	1.779	.091	90.936	379	.000	8.300	8.12	8.48
Carga de responsabilidad	8.23	1.800	.092	89.068	379	.000	8.226	8.04	8.41
Apoyo de mi familia	8.12	2.101	.108	75.302	379	.000	8.116	7.90	8.33
Cantidad de trabajo que tengo	8.07	1.841	.094	85.444	379	.000	8.068	7.88	8.25
Estrés (esfuerzo emocional)	7.81	2.138	.110	71.179	379	.000	7.808	7.59	8.02
Ganas de ser creativo	7.76	2.131	.109	70.953	379	.000	7.758	7.54	7.97
Satisfacción con el tipo de trabajo	7.73	1.841	.094	81.821	379	.000	7.729	7.54	7.91
Prisas y agobios por falta de tiempo para hacer mi trabajo	7.59	2.384	.122	62.059	379	.000	7.589	7.35	7.83
Presión que recibo para mantener la cantidad de mi trabajo	7.58	2.307	.118	64.024	379	.000	7.576	7.34	7.81
Motivación (ganas de esforzarme)	7.49	2.051	.105	71.218	379	.000	7.495	7.29	7.70
Presión recibida para mantener la calidad de mi trabajo	7.16	2.533	.130	55.112	379	.000	7.161	6.91	7.42
Interrupciones molestas	7.00	2.597	.133	52.554	379	.000	7.003	6.74	7.26
Lo que tengo que hacer queda claro	6.97	1.983	.102	68.519	379	.000	6.968	6.77	7.17
Apoyo de mis compañeros	6.96	2.089	.107	64.986	379	.000	6.963	6.75	7.17
Variedad en mi trabajo	6.75	2.203	.113	59.699	379	.000	6.747	6.53	6.97
Desconecto al acabar la jornada laboral	6.71	2.639	.135	49.562	379	.000	6.711	6.44	6.98
Apoyo de los compañeros (si tiene responsabilidad)	6.41	2.439	.125	51.224	379	.000	6.408	6.16	6.65
Calidad de vida de mi trabajo	6.37	2.067	.106	60.116	379	.000	6.374	6.17	6.58
Mi trabajo tiene consecuencias negativas para mi salud	6.31	2.392	.123	51.401	379	.000	6.308	6.07	6.55
Incomodidad física en el trabajo	6.27	2.628	.135	46.520	379	.000	6.271	6.01	6.54
Falta de tiempo para mi vida personal	6.15	2.521	.129	47.571	379	.000	6.153	5.90	6.41
Posibilidad de expresar lo que pienso y necesito	5.85	2.373	.122	48.083	379	.000	5.853	5.61	6.09
Es posible que mis respuestas sean escuchadas y aplicadas	5.84	2.267	.116	50.220	379	.000	5.839	5.61	6.07
Tengo autonomía o libertad de decisión	5.63	2.299	.118	47.735	379	.000	5.629	5.40	5.86
Satisfacción con el sueldo	5.53	2.016	.103	53.456	379	.000	5.529	5.33	5.73
Posibilidad de ser creativo	5.38	2.368	.121	44.259	379	.000	5.376	5.14	5.62
Apoyo de mis jefes	5.10	2.596	.133	38.296	379	.000	5.100	4.84	5.36
Recibo información de los resultados de mi trabajo	5.07	2.529	.130	39.066	379	.000	5.068	4.81	5.32
Conflictos con otras personas de mi trabajo	5.07	2.556	.131	38.696	379	.000	5.074	4.82	5.33
Reconocimiento de mi esfuerzo	4.88	2.393	.123	39.782	379	.000	4.884	4.64	5.13
Posibilidad de promoción	4.56	2.487	.128	35.772	379	.000	4.563	4.31	4.81
Mi empresa trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	4.14	2.397	.123	33.711	379	.000	4.145	3.90	4.39

